

MÉMOIRES ORIGINAUX

CLAUDICATION INTERMITTENTE DU LARYNX
ET DE LA JAMBE DROITE

Par **J. GAREL**, Médecin honoraire des Hôpitaux de Lyon.

Le cas que je rapporte aujourd'hui est celui d'un malade dont l'histoire offre le plus grand intérêt.

En avril 1913, sur la recommandation de mon collègue Piaget de Grenoble, je reçois la visite d'un ecclésiastique, curé d'une paroisse située dans la montagne à 900 mètres d'altitude. Ce malade raconte qu'il est très incommodé par une affection du larynx datant du mois d'août 1912. Je puis d'ailleurs immédiatement me rendre un compte exact du trouble dont il se plaint. Dès qu'il a prononcé quelques mots, au bout de dix secondes environ, la voix s'éteint graduellement pour aboutir à l'aphonie la plus complète. Il s'arrête quelques instants pour laisser reposer ses cordes vocales, et il recommence à parler à haute voix comme si rien ne s'était passé, puis la voix s'éteint de nouveau, et ainsi de suite il passe par des alternatives de voix élevée et d'aphonie.

Ces symptômes éveillent aussitôt en mon esprit l'histoire de trois malades dont j'ai présenté les observations ici même en 1896. Chez ces malades, il ne s'agissait pas de parésie laryngée, mais de parésie intermittente du voile du palais. Chaque fois qu'ils commençaient à parler, la voix était normale, puis au bout de quelques secondes survenait un nasonnement progressif qui rendait l'articulation des sons presque incompréhensible. Tout rentrait dans l'état normal après un peu de repos, mais le même phénomène se reproduisait bientôt d'une manière identique et avec la même intensité. Sans avoir eu la prétention de trancher la question de la pathogénie de ce nasonnement intermittent, j'avais toutefois pensé qu'on devait le comparer à la claudication intermittente des extrémités. Cette hypothèse, émise il y a dix-huit ans, semble recevoir sa confirmation dans le cas que je cite aujourd'hui.

En effet, dès que mon malade m'a mis au courant de cette pa-

ésie intermittente du larynx, la comparaison avec mes cas anciens de nasonnement intermittent s'impose et je lui déclare qu'il est atteint de claudication intermittente du larynx. Quelle n'est pas ma surprise quand il me dit que je dois avoir raison, puisque depuis cinq ans, il est atteint de claudication intermittente de la jambe droite. Il me fait d'ailleurs la démonstration immédiate de cette claudication. Il fait quelques pas de long en large dans mon cabinet, bientôt l'allure de la marche se ralentit, il boite en traînant progressivement la jambe droite et enfin il est obligé de s'arrêter. Comme pour le voile du palais, chez mes anciens malades comme pour le larynx chez celui-ci, il suffit de quelques instants de repos de la jambe pour permettre de reprendre la marche; de même également le trouble moteur se reproduit avec la même facilité.

Ces troubles parétiques intermittents survenant sur deux régions fort distantes l'une de l'autre, à l'occasion d'un mouvement volontaire, m'ont semblé offrir un intérêt exceptionnel à cause de leur rareté. Ils relèvent d'un chapitre de pathologie nerveuse qu'il serait important d'élucider.

Je dois ici au préalable résumer l'histoire du malade d'après le récit qu'il m'en a fait lui-même.

Il est âgé de 48 ans. A 12 ans, à la suite d'une chute de voiture, il se produit une première manifestation d'arthritisme déformant du côté de la main. On lui prescrit un régime végétarien qu'il ne peut suivre à cause de ses occupations. Il pratique l'enseignement pendant une douzaine d'années. Il fait sa classe, dit-il, avec une certaine nervosité d'élocution qui le fatigue beaucoup. Assez régulièrement, chaque année, il a deux poussées de laryngite aiguë avec enrouement pendant une ou deux semaines.

Curé depuis 15 ans, il n'a pas cessé d'avoir des élèves, la plupart très pénibles. Depuis 6 ans cet enseignement, joint à son service paroissial régulier, le fatigue sérieusement. Son médecin constate chez lui des phénomènes d'auto-intoxication et lui prescrit un régime lacto-végétarien; mais il n'y a que le régime farineux exclusif qui lui donne un résultat satisfaisant.

Il y a 5 ans, après une course pénible dans la neige par un froid assez vif, il prend brusquement, pour la première fois, cette parésie intermittente de la jambe droite dont j'ai parlé plus haut. Cette infirmité n'est point faite pour alléger son ministère, elle retentit d'une manière néfaste sur son enseignement. Il parle avec précipitation et commet de véritables abus vocaux.

Enfin, le 4 août 1912, après une année scolaire très pénible, il prend une grippe avec son enrouement habituel. C'est à cette époque

qu'il fait remonter les premiers troubles intermittents de la voix. Il veut continuer sa classe, mais dès qu'il a dit quelques mots, la voix commence à baisser, puis elle s'éteint complètement. Ce n'est qu'avec des efforts inouïs et par de très fortes expirations qu'il parvient à faire entendre quelques mots. Il s'arrête quelques instants et ce repos suffit pour lui permettre de reprendre à haute voix la conversation commencée.

Depuis que ces troubles se sont installés, en août 1912, l'état ne s'améliore pas, aussi l'idée seule d'avoir à soutenir une conversation est pénible pour le malade. Pour me rendre compte de la rapidité de production de la parésie, le malade compte en commençant par 1. A partir de 20, l'aphonie est complète. Mais s'il compte en se promenant, en étant distrait, la voix ne disparaît plus qu'à partir du chiffre 50.

Il existe cependant des périodes de calme relatif. Parfois il peut ré citer sa messe jusqu'au bout, d'autres fois à moitié. Par contre, il est des jours où la voix fait défaut dès les premiers versets. Un repos complet du larynx pendant 15 jours donne de bons résultats. Il arrive alors à soutenir une conversation ordinaire pendant deux ou trois heures, mais, dès le lendemain, l'aphonie se reproduit aussi complète qu'auparavant. Fait important à signaler, l'aphonie ne survient jamais dans la voix chantée, aussi il chante souvent des heures entières sans fatigue, soit chez lui, soit à l'église. Mais s'il entend chanter faux ou au-dessous du ton et s'il veut réagir pour maintenir et imposer le ton à ses chantres, il est rapidement pris de constriction au niveau du cou et il en résulte une aphonie de longue durée. De même, quand il fait sa classe, l'aphonie paraît brusquement s'il veut adresser une réprimande à un élève.

Actuellement pour éviter l'aphonie intermittente, au lieu de prendre le ton ordinaire de la conversation, il parle en chantonant; de la sorte l'aphonie est supprimée.

L'entérite persiste toujours et ne cède guère qu'à un régime féculent rigoureux. Les réflexes tendineux ont été examinés à plusieurs reprises par les divers médecins qu'il a consultés. Ils ne sont pas abolis, ils sont plutôt faibles, mais jamais exagérés.

Depuis janvier dernier, le malade a éprouvé pendant deux mois un nouveau genre de fatigue du côté des yeux. Il n'est ni presbyte, ni myope, et cependant il avait beaucoup de peine à lire ou à écrire même de gros caractères, comme ceux des cartons de la messe. Il avait la vue aussi bonne que tout autre pour distinguer un point, une ligne, pour passer un fil dans un trou d'aiguille. La difficulté ne commençait que lorsqu'il s'agissait de passer d'une lettre à une

autre lettre, d'un chiffre à un chiffre suivant. Tout se troublait alors devant ses yeux, comme s'il existait un brouillard interposé. Ces troubles ne survenaient jamais quand le malade s'occupait à faire de la sculpture sur bois.

Je n'ai vu ce malade qu'une seule fois, en avril 1913, mais il a eu l'obligeance de me donner deux fois de ses nouvelles depuis cette époque.

Lors de mon premier et unique examen, j'ai fait l'examen laryngoscopique avant et après la production de la parésie laryngée. Dès que l'aphonie se produisait et que le malade cherchait à émettre un son, les deux cordes arquées sur les bords, laissaient entre elles une fente glottique elliptique résultant de la parésie des thyro-aryténoïdiens internes. Les cordes, écartées en position respiratoire, conservaient leur forme arquée sur les bords.

Je n'ai constaté aucune paralysie du côté du voile, ni du côté des constricteurs du pharynx.

Telle est l'histoire résumée de ce cas intéressant d'association de troubles parétiques intermittents. Cette aphonie, survenant chez un sujet atteint depuis 5 ans de claudication intermittente de la jambe droite, doit nécessairement être rattachée à la même cause, au même processus morbide. J'avais donc raison, en 1896, lorsque je comparais la parésie intermittente du voile du palais à la claudication intermittente des extrémités.

Le malade a déclaré récemment qu'il avait éprouvé des troubles oculaires qui revêtaient aussi le caractère intermittent. On peut à la rigueur les faire dépendre du même facteur étiologique. Ces troubles d'accommodation n'ont duré que deux mois. Ils auraient persisté s'ils avaient été sous la dépendance de l'âge du malade. Ils ont consisté probablement en une sorte de fatigabilité du muscle ciliaire, susceptible de disparaître sous l'influence d'une période de repos.

D'ailleurs, comme le disait M. Gouget, dans un article récent de la *Presse Médicale*, si la localisation de la claudication intermittente s'observe le plus souvent sur les membres inférieurs, elle peut aussi se faire, mais plus rarement, du côté des membres supérieurs. Elle intéresse parfois d'autres organes, tels que la moelle (Déjerine), le cœur etc. Hunt a décrit un nouveau type, la forme lombaire. On a donc pu établir des types variés de ce syndrome.

Que les troubles parétiques frappent telle ou telle région, tel ou tel organe, ils sont tous caractérisés par leur apparition, à l'occasion d'un mouvement volontaire, sur un appareil dont les fonctions physiologiques sont cependant intactes. Ils sont la conséquence de la fatigabilité à répétition de la musculature de cet appareil. Le nom de *Claudication intermittente* donné primitivement à l'affection en tant que localisée aux membres inférieurs, devient un terme impropre, si l'on admet que la maladie peut frapper des organes divers. Il conviendrait mieux de désigner ce syndrome sous le nom de *Myopragie intermittente*. C'est en quelque sorte une polarisation d'un groupe musculaire, comparable à la polarisation que l'on observe dans les piles électriques. Le muscle a besoin d'un repos pour reprendre sa fonction normale, comme la pile électrique pour recouvrer sa force électro-motrice première. Quant à la cause véritable de la parésie intermittente, doit-on la chercher exclusivement dans des lésions des vaisseaux ou simplement dans des spasmes vasculaires ? Ne peut-on pas parfois attribuer la parésie à des phénomènes de moindre importance ? Dans les observations de parésie du voile que j'ai publiées antérieurement, on pouvait invoquer la neurasthénie développée à la suite d'une infection grippale. C'était l'avis du Professeur Lépine qui avait eu l'occasion d'examiner l'une de mes malades.

Chez le malade qui fait l'objet de cette note, on pourrait invoquer le surmenage et faire entrer en ligne de compte l'influence toxique dépendant d'un mauvais état très ancien de l'appareil digestif.

Il est une affection qui donne lieu également à des troubles parétiques intermittents pouvant donner le change avec la claudication intermittente, je veux parler de la myasthénie bulbo-spinale ou syndrome d'Erb-Goldflam. Dans son Traité de pathologie nerveuse (1910), Raymond en cite 8 observations. Dans 2 de ces cas, on retrouve le nasonnement intermittent et même dans l'un d'eux on a mentionné la parésie des cordes vocales. Ces symptômes étaient associés à des parésies également intermittentes des membres. Toutefois, dans la myasthénie, les troubles moteurs ne s'arrêtent pas à la

phase de simple fatigabilité, ils s'acheminent plus ou moins vite vers la parésie permanente. Ils sont la conséquence d'un surmenage intensif, comme l'ont démontré Leclerc et Sarvonat.

Raymond reconnaît d'ailleurs que certains cas de claudication intermittente peuvent ressembler à la myasthénie. Il cite, à ce propos, le cas de Goldstein (1908) dans lequel il existait de la parésie intermittente d'une jambe, d'un bras, ainsi que des paralysies intermittentes des muscles des yeux et du larynx. Goldstein avait même constaté l'existence de la réaction électrique myasthénique de Jolly et Bénédict qui permet de reproduire le phénomène de fatigue musculaire par une excitation faradique tétanisante. Mais Raymond ajoute que la marche de la myasthénie bulbo-spinale est toute différente de la claudication intermittente. La physionomie clinique diffère également, car les troubles moteurs sont symétriques, sauf pour l'œil. Les troubles bulbaires précèdent les paralysies des membres et passent par trois phases : la fatigabilité, l'asthénie et la parésie permanente. L'évolution de ces phases n'est pas régulière et peut durer de quelques semaines à 25 ou 30 ans.

Je tenais à rappeler la ressemblance clinique qui existe entre la myasthénie bulbo-spinale et la claudication intermittente, puisque dans les deux affections il peut y avoir envahissement de groupes musculaires variés plus ou moins éloignés les uns des autres. L'observation de Goldstein et la mienne en fournissent la preuve.

AMYGDALECTOMIE TOTALE ET HÉMORRAGIE POST-OPÉRATOIRE

Par **Louis VACHER** et **Maurice DENIS**.

La question de l'amygdalectomie totale est toujours intéressante. Nous ne croyons pas quelle soit à cette heure complètement résolue, puisque, chaque année, de nombreux travaux, des procédés nouveaux sont publiés sans que les auteurs et les opérateurs soient d'accord sur le procédé le meilleur à employer, sur le traitement des hémorragies immédiates ou tardives et sur le traitement local consécutif.

Comme, depuis 15 ans, l'un de nous a publié plusieurs notes sur le sujet, et que depuis 4 ans, nos communes observations tendent absolument aux mêmes conclusions, il nous a paru utile de traiter encore devant vous la même question.

Une notion nous semble définitivement acquise : il faut enlever les amygdales malades dans leur totalité, quel que soit leur volume, parce que, le plus souvent, les parties les plus profondes sont infectées jusqu'aux parois mêmes de la loge amygdalienne. Par conséquent, ne faire qu'une exérèse partielle, c'est laisser une cause permanente d'amygdalite à répétition, une cause d'auto-infection ou de complication pharyngienne de voisinage, surtout si l'on n'enlève pas le pôle supérieur de l'amygdale jusqu'au fond de la loge supra-tonsillaire, lieu de prédilection de l'angine phlegmoneuse qui peut quelquefois se terminer par l'adéno-phlegmon latéropharyngien. Nous savons tous que ces accidents sont surtout à craindre en présence d'amygdales enchatonnées, quelquefois à peine visibles entre les piliers, surtout chez les enfants où l'amygdalite simple, les angines qui accompagnent les fièvres éruptives, provoquent ou entretiennent les complications otiques.

(1) Société française de Laryngologie, mai 1914.

Du reste, je puis répéter ici ce que je vous disais à notre Congrès de 1904. Lorsqu'on fait l'exérèse des amygdales, on trouve très souvent dans les parties les plus profondes, même entre l'amygdale et la paroi externe de la loge, des cryptes, de petits amas caséux malodorants, véritables foyers d'infection qui demeurent à l'état latent, se réchauffent pour la moindre cause, donnant lieu à une longue suite d'amygdalites à répétition qui ne cessent qu'après l'ablation totale de la glande. Nous avons fait très souvent cette remarque. Dernièrement encore, nous n'avons obtenu la fin d'accidents de ce genre qu'en disséquant, pour ainsi dire, une mince couche de tissu amygdalien qui tapissait encore les parois externes d'une loge.

Parmi les différents procédés qui permettent d'obtenir l'exérèse totale de l'amygdale, je n'en veux retenir que deux, l'anse chaude et l'anse froide, parce que ces deux procédés sont à peu près les seuls qui permettent de respecter l'intégrité des piliers, intégrité que nous estimons absolument nécessaire. C'est pour cette raison que nous ne parlons pas du procédé de Taptas qui commence par sectionner transversalement le haut du pilier antérieur, avant d'enucléer en totalité l'amygdale avec une large cuiller ou l'extrémité du doigt.

Nous regardons l'intégrité des piliers comme nécessaire parce que leur section peut donner lieu et donner lieu à des cicatrices vicieuses, douloureuses, à de véritables névralgies du pharynx et peut même influer sur le bon fonctionnement de l'appareil vocal. Quelle raison sérieuse peut-on donner pour pratiquer délibérément la section des piliers puisqu'on peut faire autrement ? Le système musculaire qui les constitue a une fonction importante qu'il faut conserver dans son intégrité, et quand bien même on en ferait la suture après l'ablation de l'amygdale, il est bien probable que le pilier ne retrouverait pas sa mobilité, son élasticité première. C'est pour cette raison que dans ma communication au Congrès de 1906, je disais qu'il est nécessaire, dans l'ablation des amygdales, de rester toujours en tissu amygdalien, et de n'entamer ni les piliers, ni les parois de la loge amygdalienne. C'est du reste le meilleur moyen pour éviter les hémorragies.

1° *Procédé à l'anse chaude.* Je serai bref sur ce procédé qui est excellent mais qui doit céder le pas à celui par l'anse froide, parce qu'il est plus difficile, parce qu'il nécessite un outillage délicat, dont il faut surveiller journellement toutes les parties, sous peine de déboires cuisants au moment d'opérer, surtout si la source électrique fait défaut, ou si quelque malencontreux court-circuit empêche la section amygdalienne de se terminer normalement. Que celui qui n'a pas eu des mécomptes avec l'anse chaude le proclame hautement, il est sûr d'être du nombre des rares privilégiés qui ne font pas de fautes en électricité et qui ont aussi des assistants impeccables. Pour enlever totalement des amygdales enchatonnées à l'anse chaude, il faut : une source électrique constante, transformateurs, piles ou accumulateurs, pouvant donner d'une part le voltage nécessaire pour le miroir de Clar, d'autre part l'ampérage nécessaire pour rougir l'anse ; il faut un manche de Moritz Schmitt (c'est le plus pratique), du fil d'acier de 5/10 de millimètre de diamètre, des pinces à cuillers fenêtrées mousses, pour saisir l'amygdale, un petit bistouri coudé, mousse à l'extrémité, pour libérer l'amygdale du pilier antérieur si la traction avec la pince ne la fait pas sortir de sa loge, un ouvre-bouche, un abaisse-langue, etc.

L'opération se pratique exactement comme avec l'anse froide, que j'exposerai tout à l'heure, avec cette seule différence que l'ablation à l'anse galvanique est très rapide, au lieu qu'avec l'anse froide il faut aller d'autant plus lentement que le sujet est plus âgé.

L'opération terminée, si l'on n'a pas été obligé de libérer l'amygdale du pilier, la plaie est exsangue dans la grande majorité des cas, tandis qu'après l'anse froide elle saigne légèrement, ou plus ou moins suivant le tissu amygdalien traversé, suivant le degré de lenteur de la section, suivant que l'opérateur aura respecté les piliers au moment de la libération de l'amygdale avec le bistouri coudé.

Peut-on opérer toutes les amygdales à l'anse chaude, même celles qui sont complètement enchatonnées, même chez les petits enfants ? Oui, cela est possible, mais il faut une grande habitude pour bien placer l'anse chaude, libérer l'amygdale,

la luxer de sa loge et faire passer le courant sans brûler le bord du pilier. N'oublions pas en effet que la brûlure causée par l'anse chaude n'est pas sans quelques inconvénients qui sont : la douleur, l'œdème des parties voisines qui peut gagner la luette, la dysphagie pénible et persistante que ne donnent pas autant la pince coupante, le morceleur et surtout l'anse froide.

Pourquoi avons-nous abandonné la pince coupante et le morceleur ? Voilà une question qui certainement nous serait posée au sujet de cette courte note.

Nous avons abandonné le morceleur et la pince coupante à cause des dangers d'hémorragie que leur emploi fait courir et parce qu'avec ces deux instruments il est très difficile de faire une exérèse totale. La pince coupante à cuiller, comme je le disais en 1899, doit être portée *fermée* contre l'amygdale, ne doit être *ouverte que verticalement* afin de ne pouvoir saisir que *du tissu amygdalien* entre les deux piliers. C'est en l'approchant ouverte de l'amygdale, en faisant une prise oblique ou antéro-postérieure, qu'on s'expose aux accidents terribles qui ont été signalés quelquefois, surtout si l'indocilité du malade en demi-narcose ou la présence du sang qui masque le champ opératoire, fait dévier la main du chirurgien ou l'empêche de bien repérer l'endroit où porte la pince coupante. L'emploi du morceleur donne lieu aux mêmes observations.

Ces deux instruments obligent à revenir plusieurs fois dans la même loge. Dès la première prise, le sang coule, gêne la vue, empêche d'opérer dans les conditions de sécurité et de précision requises et, ne l'oublions pas, avec ces deux instruments on ne peut obtenir l'exérèse totale de l'organe.

En est-il de même de l'anse froide ? Non, messieurs, nous ne craignons pas de l'affirmer de nouveau. L'anse froide est le procédé de choix, le plus simple et le plus parfait que nous ayons actuellement à notre disposition pour l'ablation totale d'une amygdale pédiculée ou enchatonnée, *quel que soit l'âge du sujet*.

Qu'on n'aille pas nous objecter que dans certains cas et chez les petits enfants il vaut mieux employer le morceleur ou la

pince coupante. Pour celui qui est familiarisé avec l'emploi de l'anse froide, avec les instruments de notre modèle il n'y a pas d'exception.

Pourquoi n'y a-t-il pas d'exception ? Parce que, depuis que nous avons imaginé notre serre-nœud, notre pince à cuiller mousse, nous avons enlevé toutes les amygdales par ce procédé et que nous n'avons pas rencontré un seul cas où ce procédé ne fût applicable.

Certainement on rencontre des amygdales très enchatonnées malgré un volume anormal, recouvertes presque en totalité par les piliers. Il est quelquefois difficile de trouver un espace libre suffisant pour permettre l'introduction des cuillers de la pince entre les piliers jusqu'au contact de l'amygdale et de les faire pénétrer de force dans la profondeur du tissu amygdalien ; quelquefois aussi on se trouve en présence d'amygdales tellement malades, dégénérées, farcies d'abcès caséux, que la pince qui plonge dans le tissu friable ne ramène, quand on tire sur elle, que des lambeaux amygdaliens. Mais en cherchant plus loin, au fond de la loge, en libérant en avant ce qui reste, on arrive toujours à luxer ce qui se trouve au fond de la loge et à le prendre dans l'anse en bonne place, sans sectionner, sans déchirer le pilier antérieur.

Nous ne voudrions pas recommencer à donner tous les détails de notre technique qui n'a pas varié depuis 10 ans. Cependant je voudrais bien persuader ceux qui ont essayé l'anse froide, ou qui l'ont abandonnée à cause de ses difficultés premières, qu'ils n'ont probablement pas suivi notre technique ou qu'ils ont négligé quelque temps important de ce procédé.

Il faut d'abord examiner attentivement l'amygdale pour juger de ses adhérences à la loge supra-tonsillaire, ou couple amygdalienne, et au pilier antérieur, pour connaître sa situation et sa hauteur, afin d'avoir toute prête une anse de grandeur convenable.

Pour libérer l'amygdale il y a deux manières de procéder. On peut faire cette libération avant de prendre en main l'anse froide pour faire la section et naturellement avant toute narcose ; ou ne chercher à détacher l'amygdale des piliers

et de la loge que lorsqu'elle est profondément saisie entre les cuillers mousses de notre pince et que le malade dort.

I. Opération en deux temps. — *Premier temps : libération de l'amygdale avant la section.* — Nous conseillons l'opération en deux temps lorsque l'amygdale est très enchatonnée, masquée en totalité par les piliers, lorsque l'amygdale très haut placée résiste à la traction de la pince. En un mot lorsque, la prise étant laborieuse ou difficile, l'opérateur n'aura pas le temps de mener à bien la section lente que doit faire l'anse froide pendant la narcose relativement courte au chlorure d'éthyle.

Il est préférable aussi de libérer d'abord l'amygdale, lorsque l'âge du sujet, ou le tissu scléreux de l'amygdale exposant davantage à l'hémorragie, il est nécessaire d'aller très lentement et de mettre plusieurs minutes à la section. Nous avons enlevé des amygdales de cette manière à des sujets âgés de 60 ans sans la moindre hémorragie. Pour éviter une forte douleur pendant cette libération, il est bon d'anesthésier la région en introduisant un crochet de Higuët recouvert d'une petite couche d'ouate imbibée d'une solution de cocaïne, de novocaïne tout autour de l'amygdale, ou d'anesthésier toute la région par des injections sous-muqueuses. Si le stylet mousse ne parvient pas à rompre les adhérences, il faut employer le bistouri boutonné, le plicotome de Lermoyez ou notre ciseau mousse et le faire passer *en tissu amygdalien aussi près que possible des parois de la loge*. Ce n'est que lorsque le stylet permet de contourner entièrement la paroi antérieure de l'amygdale qu'il faut placer l'anse.

Deuxième temps : Section. — Si l'opération paraît difficile il faut mettre l'anse, ou les anses, en place avant de procéder à la narcose. Il en résulte pour l'opéré une petite douleur très atténuée par l'anesthésie locale, pour l'opérateur une facilité d'une sécurité incontestable.

Nous engageons à suivre exactement notre technique : Passer notre pince à cuiller au travers de l'anse, l'introduire fermée, verticalement, jusqu'au contact de l'amygdale, l'ouvrir largement dans le sens vertical de manière à enfoncer pro-

fondement dans le tissu amygdalien la branche supérieure aussi près que possible du pôle supérieur de la glande et la branche inférieure près de son extrémité inférieure. Je dis enfoncer profondément, parce qu'il ne suffit pas de saisir un peu de tissu. Plus on pénétrera dans l'amygdale, plus on aura de facilités pour la luxer en dedans et pour placer l'anse.

Cette prise profonde, suivie d'une forte traction progressive en dedans, loin d'être une imprudence, éloigne l'amygdale de l'espace pharyngo-maxillaire dont les gros vaisseaux occupent la partie la plus postérieure et par conséquent éloigne l'amygdale de la carotide. La traction sur l'amygdale et la section par l'anse à la hauteur de sa face externe est donc le meilleur moyen d'éviter l'ouverture de gros vaisseaux. Anatomiquement, c'est exact; pratiquement il en est de même, car sur plusieurs milliers d'ablations d'amygdales avec cette technique nous n'avons jamais observé d'hémorragie inquiétante.

II. Opération en un temps. — Opérer en un temps veut dire :

1° Saisir l'amygdale profondément avec la pince passée au travers de la boucle de l'anse, pendant qu'on appuie sur la langue, avec le manche du crochet de Higuet ou d'un autre du même genre;

2° Attirer fortement l'amygdale en dedans et libérer les adhérences, qui l'empêchent d'être luxée de sa loge, avec le crochet bistouri qu'on aura rapidement retourné dans sa main;

3° Porter l'anse tout à fait en dehors, en ayant bien soin de faire passer au travers l'amygdale dans toute sa hauteur et *de ne pas saisir la luette*;

4° Serrer à fond l'anse sans modifier sa position et faire avec le petit doigt tourner le volant qui l'empêchera de se desserrer.

Lorsque cette amygdale est bien prise, il faut placer l'autre anse sur la seconde amygdale en procédant de la même manière.

Si le patient commence à s'éveiller, il vaut mieux lui donner une nouvelle dose de chlorure d'éthyle que de s'exposer à le voir se débattre, à l'entendre crier. On peut être très gêné par un mouvement brusque, et exécuter mal la mise en place de la seconde anse.

Dès que les deux anses sont placées et fixées par le premier tour de volant, on commence à serrer lentement l'une après l'autre de manière à terminer les deux sections presque en même temps. Plus on va lentement, moins l'opéré saigne. Plus le sujet est âgé, plus il est nécessaire de serrer lentement. Je n'insiste pas, car nous avons donné tous ces détails dans nos publications antérieures.

L'opération est terminée, que faut-il faire?

Jusqu'à ces dernières années on faisait sucer ou avaler à l'opéré des fragments de glace. Cette manière de faire ne présente pas grand avantage et n'est pas sans inconvénient, car l'opéré avale une certaine quantité de sang, et souffre assez souvent de névralgies provoquées par le froid prolongé dans l'arrière-gorge.

Depuis plus de trois ans nous avons supprimé totalement la glace pour la remplacer par des irrigations, des gargarismes avec de l'eau oxygénée fortement diluée avec une solution de borate de soude. A notre portée se trouve toujours un récipient contenant de l'eau oxygénée et de la solution de borate mélangées dans la proportion 1/5 environ. Avec une seringue en verre de 20 à 30 grammes nous injectons de suite dans les loges amygdaliennes plusieurs seringuées de ce mélange et l'écoulement sanguin s'arrête. Il est très rare que nous soyons obligés de faire autre chose. Nos malades sont débarrassés du souci de la glace et n'ont pas de névralgie...

L'ablation totale des amygdales peut être suivie d'hémorragie. Cette hémorragie peut être *immédiate, retardée, secondaire*.

L'hémorragie immédiate est artérielle ou veineuse.

L'hémorragie veineuse cesse presque immédiatement aux injections d'eau oxygénée diluée. Il en est de même lorsque de petites artères donnent. Gargarismes et irrigations ne tardent pas à faire cesser tout écoulement sanguin.

Lorsque l'hémorragie est un peu plus abondante, il y a deux moyens pratiques et faciles d'y mettre fin : Porter au fond de la loge un *très volumineux tampon d'ouate hydrophile* trempé dans la solution d'eau oxygénée et *comprimer fortement la région qui saigne* pendant 10 à 15 minutes. Nous

nous servons pour cela faire de notre pince à cuiller mousse qui a servi à luxer l'amygdale de la loge. Si le tampon est très volumineux, bien serré, fortement maintenu au fond de la loge, il est très rare que ce procédé ne soit pas suffisant.

Dans quelques cas, lorsqu'on retire avec précaution ce tampon compresseur, on voit au fond de la loge un petit jet de sang artériel. Alors rien n'est plus simple que de pincer ce vaisseau avec la même pince qui portait le tampon. Comme cette pince est munie d'un cran d'arrêt, il suffit de la fermer une fois qu'elle a bien saisi le vaisseau, cause de l'hémorragie, et de la laisser une heure en place. On peut ensuite l'enlever délicatement en recommandant au malade de ne pas cracher et de ne pas faire d'effort pour avaler. L'hémorragie est arrêtée et ne se reproduit pas.

Nous n'avons jamais été obligés de faire autre chose, nous ne saurions donc parler de la suture du pilier ni des opérations similaires parce que jamais nous n'avons eu besoin d'y avoir recours.

Il y a cependant une précaution que nous croyons utile de conseiller. C'est de bien examiner les loges amygdaliennes une heure après l'opération environ, avant de laisser partir l'opéré. Il faut se méfier si l'on voit un caillot sanguin remplir une loge en totalité ou en partie. C'est un caillot qui masque un petit vaisseau qui peut dans quelques heures donner lieu à une *hémorragie retardée*. Il faut à tout prix l'enlever, voir d'où il provient, tamponner ou mettre une pince comme nous le disons plus haut.

Certainement c'est à cette précaution, que nous croyons importante, que nous devons d'avoir évité quelques hémorragies retardées qui auraient pu se produire au domicile des opérés et donner beaucoup d'inquiétude.

Il me resterait un mot à dire des hémorragies secondaires. Nous n'en avons jamais observé. Nous croyons qu'elles sont dues pour la plupart à la chute de ces caillots qui se forment dans la loge après l'opération et qu'on peut les prévenir le plus souvent si l'on prend la précaution que nous venons d'indiquer. On en observait aussi quelquefois après les ablations à l'anse

chaude au moment de la chute de l'escarre produite par la brûlure. Mais, somme toute, les hémorragies secondaires sont très rares. Il faut aller à la recherche du vaisseau, le pincer ou placer sur lui un catgut, si la simple compression ne suffit pas; c'est délicat, mais sans grande difficulté.

CONCLUSION.

L'ablation de toutes les amygdales peut se faire à l'anse froide.

C'est le procédé qui expose le moins aux hémorragies. Il n'est pas difficile quand on en a pris l'habitude. Il ne nécessite que quelques instruments dont l'entretien est facile, économique et le fonctionnement parfait, il faut :

1 abaisse-langue.

1 ouvre-bouche.

1 pince coupante pour le fil.

2 serre-nœuds et du fil d'acier de 5/10 de millimètre de diamètre.

2 pinces à cuillers mousses.

1 bistouri coudé boutonné.

Des boulettes d'ouate stérilisée, de l'eau oxygénée et de l'eau boratée.

Quant aux hémorragies, qui sont très rares et peu sérieuses si on a soin de ne pas entamer les piliers, on les arrête facilement avec de gros tampons d'ouate imbibés d'eau oxygénée ou par le pincement du vaisseau avec une de nos pinces à cuillers mousses qu'on doit laisser en place une heure au moins.

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES STÉNOSES LARYN-
GÉES DUES A LA POSITION MÉDIANE DES DEUX
CORDES VOCALES. — A PROPOS DU RÉCENT TRAVAIL
DE SARGNON ET TOUBERT SUR CET ARGUMENT.

Par le Professeur **CITELLI** (Catane) (1).

Dans le second numéro de cette année des *Annales*, paru les premiers jours d'avril, Sargnon et Toubert publient un travail sur ce groupe de sténoses laryngées, qu'ils appellent improprement « sténoses fonctionnelles du larynx » (2). Il m'a semblé qu'il était de quelque intérêt pratique et scientifique de faire quelques objections à ce travail.

Les auteurs susnommés citent dans la partie historique-critique de leur article les méthodes proposées et exécutées par leurs prédécesseurs. Sargnon et Toubert, dans cette partie si intéressante pour les conclusions, lorsqu'ils parlent de la corpectomie, sont non seulement très brefs et point exacts, mais font des critiques absolument sans fondement et contraires à la vérité. Ainsi faisant, ils arrivent à la conclusion erronée que toutes les méthodes proposées antérieurement à la leur (corpectomie comprise) ont manqué leur but; aussi proposent-ils une méthode qu'ils appliquèrent avec bon résultat chez un malade.

Je me réserve d'étudier la méthode en question et le résultat obtenu : en attendant, est-il vraiment exact que la corpectomie n'ait pas rempli ses promesses? Pour ma part, il me semble que les faits disent exactement le contraire et en voici les preuves.

Dès 1906, me basant sur des expériences très probantes

(1) Traduction par A. MALAN (Turin).

(2) SARGNON ET TOUBERT. — Traitement chirurgical des sténoses fonctionnelles du larynx avec cornage. *Les Annales*, 11^e Livraison, 1914, p. 122.

pratiquées sur des chiens (1), j'ai soutenu en différents articles que les sténoses laryngées dont nous parlons devaient être traitées par la cordec-tomie, externe de préférence, au moyen d'instruments emporte-pièces (de Grünwald) bien tranchants : l'intervention doit consister en l'ablation des cordes, et il faut avoir bien soin de ne point léser l'angle de commissure et les tissus avoisinant les cordes. J'ai insisté sur ce détail (très important pour obtenir un bon résultat) dans mon travail principal de 1907 (2); j'ai encore insisté sur ce point dans ma réponse au Prof. Fraenkel (3); et je le répétais encore il y a peu de mois dans une note à propos du récent travail d'Iwanoff (4).

Dans tous ces travaux j'ai affirmé que la bride cicatricielle qui se forme à la place de la corde excisée fera d'autant moins relief dans la lumière laryngée que l'ablation de la corde aura été plus précise et nette et que la muqueuse des parties voisines de la corde et l'angle de commissure auront été peu touchés (de la sorte il ne se produira pas de synéchie à l'angle commissural et la formation de bourgeons charnus après la cordec-tomie sera réduite au minimum). C'est précisément dans ce détail de technique que se trouve le secret principal pour la réussite de la méthode; et c'est pour cela que (ainsi que je l'ai dit bien souvent) il ne faut absolument point confondre (si l'on ne veut arriver à des conclusions erronées) les résultats de la cordec-tomie pour épithéliomas (cordec-tomie pratiquée au bistouri et aux ciseaux avec l'ablation de la muqueuse voisine) avec les résultats de la cordec-tomie faite sur des cordes saines et selon la manière que j'ai indiquée.

Or, après que j'eus tant insisté sur cette idée fondamentale, les deux auteurs susnommés ne tiennent absolument aucun compte de cette distinction. En effet, lorsqu'ils parlent de la

(1) CITELLI. — Atti del X Congresso Italiano di Oto-rino-laringologia, 1906, p. 192.

(2) id. — Cordec-tomia externa, etc. — *Archiv. für Laryng.*, T. XX, p. 73.

(3) id. — Erwiderung auf Bemerkungen des Prof. Fränkel — *Arch. für Laryng.* T. XX, p. 538.

(4) id. — Die Chordectomie bei den Stimmbändermedianstellungstenosen. *Zeitschrift für Laryng.* T. VI, 1914, p. 851.

méthode de la cordectomie comme traitement des sténoses dont nous nous occupons, ils disent que, bien que mes expériences m'aient permis de conclure qu'avec la cordectomie on augmente le calibre de la lumière laryngée, « malheureusement, en clinique, il en va autrement qu'au laboratoire » ; car les cordes vocales, largement excisées à l'occasion de tumeurs malignes, se sont reproduites certaines fois très rapidement ! Il est vrai, ajoutent-ils, que les tissus propres de la vraie corde ne se reproduisent pas (parce que le tissu musculaire et élastique est remplacé par le tissu cicatriciel), mais « l'obstacle supprimé sous une forme se reproduit sous une autre ».

Posant de telles prémisses erronées, les auteurs arrivent à la conclusion erronée, elle aussi, qu'il faut en pratique « proclamer la faillite de la cordectomie partielle et même totale ». Avec la cordectomie, disent-ils, la respiration n'est pas améliorée et les troubles vocaux sont considérables.

Ces conclusions sont fausses : Iwanoff (1), dans le travail que citent aussi Sargnon et Toubert, confirme de la façon la plus éclatante l'utilité de ma méthode, ainsi que je l'ai dit dans ma dernière note (*c.f.*), ce même Iwanoff qui, comme nous le verrons par la suite, avait proposé en 1912 et en partie exécuté essentiellement la même méthode proposée aujourd'hui par les deux auteurs susdits.

Afin de démontrer mieux mon affirmation, il est nécessaire que je rappelle ici aussi (bien que j'en aie parlé dans ma dernière note) la casuistique clinique relative à la cordectomie, casuistique clinique rapportée par Sargnon et Toubert d'une façon fort incomplète et fort inexacte, et de telle manière que les résultats et les conclusions en sont renversés.

Ces cas cliniques opérés de cordectomie (tous postérieurs à la publication de mon travail principal), afin de traiter les sténoses dont nous nous occupons, sont, pour ce que j'en sais, les suivants :

CAS I. — Nicolai, le premier (1908), opéra de cordectomie interne un malade qui présentait une sténose laryngée due à

(1) IWANOFF. — Die Resektion der Stimmbänder bei Kehlkopfstenosen. *Zeitschrift für Laryng.* T. VI, 1913 octobre, p. 623.

une paralysie bilatérale des récurrents (1). Après la corpectomie, l'auteur dut pratiquer le tubage car il commençait à se former une synéchie au niveau de l'angle commissural. Le résultat fut excellent : le malade put être extubé définitivement, sa voix resta rauque. (Je pense que si, au lieu de la corpectomie interne, moins précise, on avait pratiqué l'intervention externe, probablement la synéchie ne se serait pas formée, et il n'aurait pas été nécessaire de recourir au tubage.)

CAS II. — Après Nicolai, Gleitsmann (1910) opéra un malade de corpectomie externe précisément selon les règles et avec les instruments que j'avais conseillés (2). Le résultat immédiat fut excellent, même pour la voix (perceptible) qui se formait au niveau des fausses cordes. Il est vrai que trois semaines après l'opération, l'auteur dut, pour rendre de nouveau normale la respiration, enlever quelques bourgeons qui s'étaient formés au niveau des cordes ; il est vrai aussi que dans ce cas on ne peut rien dire de certain sur le résultat définitif, car le sujet mourut de pneumonie un mois plus tard. Cependant les conclusions qu'émet Gleitsmann, qui opéra et suivit ce cas, sont enthousiastes pour ma méthode.

CAS III et IV. — J'ai eu l'occasion d'opérer de corpectomie externe unilatérale deux malades, porteurs l'un d'un épithélioma très limité du bord libre de la corde vocale droite, l'autre d'un gros fibro-sarcome pédiculé inséré, aussi sur la corde vocale droite. J'exécutai dans les deux cas la corpectomie droite, sans léser les tissus voisins et selon les règles que j'avais indiquées pour la corpectomie dans les sténoses laryngées dues à la position médiane des cordes. Le résultat obtenu les deux fois confirma ce que j'avais soutenu sous le rapport de la régénération des cordes et l'utilité de la corpectomie dans les sténoses qui nous occupent. En effet, à la place de la corde enlevée, il se forma un bourrelet cicatriciel beaucoup moins saillant que la corde normale, et il ne se produisit point

(1) NICOLAI. — *Atti del XII Congresso Italiano di Oto-rino-laring.*, 1908, p. 312

(2) GLEITSMANN. — *Archiv für Laryng.* T. XXIII, 1910 — et *Archives internat. de Laryng.*, etc., T. XXIX, 1910.

de synéchie. La voix, bien qu'un peu rauque, resta cependant fort bonne dans les deux cas (1).

CAS V, VI, VII, et VIII. — Les cas les plus importants et absolument décisifs sont ceux qu'Iwanoff publie dans son travail d'octobre 1913 (*c. l.*), travail que Sargnon et Toubert, ainsi que nous le verrons, citent de façon fort incomplète et inexacte.

Iwanoff a exécuté dans trois de ses quatre cas la cordectomie externe (deux fois bilatérale, une fois unilatérale), et dans le dernier, qui s'y prêtait fort bien, la cordectomie interne bilatérale : il put de la sorte délivrer ses malades pour toujours de leur canule trachéale, tandis que leur voix, bien qu'un peu rauque, resta cependant sonore. Il faut observer qu'il s'agit là de résultats définitifs, car l'auteur put suivre presque toujours ses malades pendant 1 à 3 ans.

En outre, chez ses malades 1 et 3, Iwanoff, avant d'exécuter la cordectomie, avait inutilement tenté d'autres méthodes qu'il avait lui-même imaginées et qui d'ailleurs étaient théoriquement rationnelles. Chez son troisième malade, par exemple, un canulard syphilitique, l'auteur, après ouverture du larynx, fit l'ablation d'un petit bourrelet d'infiltration existant sous la corde vocale droite (qui ne fut point touchée). Il fit ensuite, sur la paroi postérieure du larynx, le long de la ligne médiane une incision s'étendant jusqu'au cartilage, puis, avec une rugine, pénétra de chaque côté jusqu'à l'articulation crico-aryténoïdienne et, saisissant le processus vocal de l'aryténoïde, produisit une abduction forcée des deux aryténoïdes. L'auteur fit tout ceci dans le but d'augmenter la mobilité des deux cordes et agrandir ainsi la lumière laryngée sténosée.

L'auteur n'obtient aucun résultat de cette méthode opératoire compliquée, tandis qu'il atteint son but (respiration complètement libre et voix sonore) au moyen de la cordectomie externe bilatérale qu'il exécuta en second temps.

J'ai voulu m'étendre un peu longuement sur ce cas d'Iwanoff pour deux raisons : la première est que ce cas démontre l'énorme

(1) CITELLI. — *Bollettino ital. delle malattie d'orecchio*, etc., 1912., p. 205.

supériorité de la corpectomie sur les autres méthodes théoriquement rationnelles et plus compliquées : la seconde est que je prouve par là avec quelle exactitude Sargnon et Toubert citent ce cas ainsi que tout le travail d'Iwanoff.

Je crois indiqué en outre de rapporter quelques phrases qu'Iwanoff écrivait, avant d'exposer l'histoire clinique des 4 cas.

Au commencement de son travail, l'auteur dit (p. 623, l. c.): « Je crois juste d'appeler l'attention sur une opération, proposée déjà depuis quelque temps, mais qui n'a presque point encore été exécutée, *bien que, selon mon expérience, elle donne des résultats bons et durables, et ne présente aucune difficulté de technique.* »

A la page 624 il fait remarquer que ses observations cliniques chez les laryngostomisés lui ont démontré que la petite saillie qui se forme à la place des cordes vocales enlevées, *n'atteint jamais ni la grosseur ni le relief des cordes vocales enlevées.* Après avoir cité mes idées, il ajoute à la page 625 (répétant ainsi mes mêmes observations et conclusions): « *La conviction que les cordes enlevées peuvent se régénérer est un premier préjugé des laryngologues. Le second préjugé est la conviction qu'avec l'ablation des cordes vocales on produit la perte complète de la voix.* »

Que l'on note donc combien l'opinion d'Iwanoff et la mienne, basées sur des résultats cliniques indiscutables, sont aux antipodes de celles de Sargnon et Toubert qui arrivèrent à des conclusions opposées aux nôtres en s'appuyant sur des préjugés : selon eux, au moyen de la corpectomie, la respiration ne s'améliore pas et les troubles de la voix sont considérables.

La casuistique donc rapportée avec exactitude et sérénité (je n'ai pas cité les deux observations cliniques de O'Dwyer et de Hope, car il s'agit de tentatives mal exécutées et incomplètes de corpectomie interne, dont les résultats ne peuvent avoir de valeur) nous dit que les résultats de la corpectomie sont habituellement splendides ; aussi est-il étrange que Sargnon et Toubert affirment la faillite de cette méthode.

Voici de quelle façon les deux auteurs rapportent les résultats du travail récent d'Iwanoff, dont je me suis occupé en détail; c'est en ces quelques mots inexacts qu'ils s'expriment (page 129, *l. c.*): « Iwanoff, tout récemment, fit sur un canular syphilitique une cordectomie bilatérale, après avoir, sans résultat, sectionné sur la ligne médiane la paroi postérieure jusqu'au cartilage pour obtenir une abduction forcée des deux côtés. Il obtint un excellent résultat de cette opération combinée. » Cette même conception de *l'opération combinée* est répétée encore à la page 133.

Sargnon et Toubert ne parlent donc que de l'un des 4 cas d'Iwanoff, passant sous silence non seulement les trois autres cas, mais aussi ses conclusions très favorables à la cordectomie, ainsi que nous l'avons vu. En outre, en parlant de ce cas unique, ils sont non seulement incomplets lorsqu'ils rapportent l'opération exécutée par Iwanoff en premier temps, mais ils font comprendre que le résultat excellent n'était pas dû à la seule cordectomie mais à cette intervention combinée avec la première. Iwanoff, au contraire, nous dit clairement que, n'ayant obtenu aucun résultat de sa première opération, il dut exécuter, après que les phénomènes de réaction locale eurent disparu, la cordectomie, *et que c'est à elle seule qu'est dû le résultat splendide*, résultat du reste semblable à celui obtenu dans les autres trois cas où il ne fit que la seule cordectomie. Il faut remarquer aussi que la première intervention, au lieu de contribuer au bon résultat, aurait pu (en raison de la conception sur laquelle nous avons tant insisté) nuire au résultat de la cordectomie.

Évidemment, en faisant l'histoire des faits comme Sargnon et Toubert l'ont rapportée à l'égard de la cordectomie, il n'est pas étonnant que leurs conclusions soient justement l'opposé de ce qu'elles devraient être. Peut-être que les deux auteurs n'ont point lu entièrement le travail d'Iwanoff, mais seulement une analyse de la revue de Chavanne, or, cette revue est habituellement bien composée et il est difficile que le travail d'Iwanoff y ait été analysé si mal que Sargnon et Toubert puissent arriver à conclure juste l'opposé de ce qu'Iwanoff a affirmé nettement et plusieurs fois.

..

Nous discuterons maintenant très rapidement la méthode suivie dans leur cas par Sargnon et Toubert et le résultat obtenu.

Cette méthode, qui, comme l'affirment aussi les deux auteurs serait une modification de la méthode proposée et en partie exécutée dans un cas par Iwanoff en 1911 (1), consiste en l'aryténoïdectomie sous-muqueuse bilatérale, associée au curettage du ventricule de Morgagni et à la laryngostomie avec dilatation progressive au moyen de tubes de caoutchouc.

Je fais observer avant tout que cette méthode est assez compliquée et longue, et que les auteurs n'ont fait qu'ajouter à la méthode analogue proposée par Iwanoff un simple curettage, non complet, de la muqueuse du ventricule de Morgagni (ce supplément d'opération fut pris par les auteurs de la médecine vétérinaire).

Le curettage fut fait dans le but d'obtenir (ainsi qu'il paraît qu'on l'a obtenu sur le cheval) le déplacement, vers l'extérieur, des cordes, au moyen de la rétraction cicatricielle consécutive à l'ablation de la muqueuse du ventricule. Cependant, pour qui connaît l'extension et la structure du ventricule de Morgagni chez l'homme, c'est chose sûre que le fond du vrai ventricule de Morgagni (l'appendice exclu, car par son éloignement de la corde celui-ci ne saurait produire aucune influence abductrice sur la corde) est représenté par une bande très étroite de muqueuse, qui ne se laisse pas du tout séparer avec la pince des tissus sous-jacents (à l'opposé de ce qui s'observe sur le cheval où l'on peut soulever et retourner la muqueuse comme un doigt de gant vers la lumière laryngée). Le curettage pourra donc seulement enlever l'épithélium seul (car la muqueuse n'est pas bourgeonnante mais normale) ou tout au plus une partie insignifiante de la zone superficielle du clorion, et de ce curettage il ne pourra résulter aucune cicatrice ou tout au plus une cicatrice minime, qui ne peut

(1) IWANOFF. — Die Extirpation des Aryknorpels bei Kehlkopf-stenose — *Zeitschr. für Laryng*, 1912, p. 1067.

produire les effets qu'en attendent les auteurs. Je pense donc que dans le cas de Sargnon et Toubert le résultat aurait été identique avec ou sans curettage du ventricule.

Quant au bon résultat obtenu par les auteurs chez leur malade, je fais observer qu'il n'est pas encore définitif, car d'une part il n'y a que peu de mois d'écoulés (le sujet fut opéré le 26 juin 1913, et les auteurs constatèrent les bonnes conditions de la respiration vers le milieu d'octobre de la même année), et d'autre part Sargnon et Toubert ajoutent qu'aux premiers jours de décembre 1913 ils observèrent « une tendance des cordes à reprendre de l'adduction ». Ce phénomène était tel que, par prudence, ils préférèrent maintenir la stomie totale, prévoyant nécessaire un complément de dilatation ultérieure. Il est à remarquer que le malade des deux auteurs présentait une voix perceptible à plusieurs mètres de distance, mais rauque.

..

Il résulte d'une façon indiscutable de ce que nous venons de dire que la corpectomie a donné, jusqu'à présent en 8 cas cliniques, des résultats excellents (presque toujours définitifs), soit pour l'augmentation du calibre laryngien, soit pour la voix qui est restée bonne : elle est donc (contrairement à ce qu'affirment Sargnon et Toubert) une opération de la plus grande utilité pour les sténoses laryngées dues à la position médiane permanente des deux cordes.

La méthode exécutée par Sargnon et Toubert dans un seul cas, a commencé par donner un résultat bon pour la sténose, médiocre pour la conservation de la voix ; cependant, après quelques mois, il existait une menace de récurrence de la sténose, et nous ignorons quelle en sera la fin.

Il faut observer, d'autre part, que la corpectomie, non seulement est une opération très simple à exécuter, mais quelle ne réclame pas de traitement ultérieur, excepté en quelques cas où l'on observe la tendance à un bourgeonnement excessif ou à la formation d'une synéchie à l'angle commissural (ces faits

sont dus souvent non à un défaut de la méthode, mais bien à des erreurs de technique). En ces cas, rares du reste, il suffira de recourir au tubage pendant quelques jours, ou bien d'enlever les bourgeons excessifs (spécialement si, par précaution, on a laissé le larynx ouvert) et tout sera fini.

La méthode au contraire suivie par Sargnon et Toubert est non seulement très compliquée et peut provoquer plus facilement des infections broncho-pulmonaires dangereuses, mais exige le traitement de longue durée et si fastidieux de la laryngostomie. Or, s'il est vrai que la laryngostomie donne des résultats excellents lorsqu'elle est indispensable, il est vrai aussi qu'il convient de faire le moins possible de laryngostomies, car cette opération représente pour le chirurgien et pour le malade un véritable ennui, qui n'est même pas dénué de tout danger. Je conviens que Sargnon a une patience et une aptitude spéciales pour les laryngostomies, j'ajoute qu'avec une de mes méthodes on simplifie et on abrège passablement le traitement post-opératoire ; cependant je crois qu'en pratique il n'est pas indiqué d'abuser de la laryngostomie.

..

Le travail de Sargnon et Toubert mérite, à ce que je crois, une dernière observation.

Ces auteurs appellent improprement les sténoses laryngées dont nous nous occupons « *sténoses fonctionnelles du larynx avec cornage* », alors qu'il s'agit toujours de sténoses organiques. En pathologie nous considérons comme lésions fonctionnelles des lésions dues à des troubles psychiques et non à des altérations organiques. Or, dans ce groupe de maladies laryngées, la sténose est due ou à la paralysie myogène des crico-aryténoïdiens postérieurs (*postici*), ou à la paralysie des deux récurrents, ou à l'ankylose ou pseudo-ankylose des deux articulations crico-aryténoïdiennes, c'est-à-dire à des causes tout organiques.

Il est vrai que les deux auteurs susnommés nomment plus loin ces sténoses « *sténoses fonctionnelles anatomiques* » pour

les distinguer des sténoses fonctionnelles psychiques, mais, ainsi faisant, ils augmentent la confusion et l'équivoque, car cette dénomination est en elle-même contradictoire.

La dénomination que j'ai proposée il y a quelques années, et que d'autres ont adoptée, est la suivante : « sténoses laryngées dues à la position médiane permanente des cordes » ; elle n'engendre aucune confusion, réunit tous les cas et indique aussi en quoi consiste la lésion essentielle.

DE L'OSTÉOMYÉLITE DU ROCHER.

OBSERVATIONS NOUVELLES

Par **L. BAR**

Chirurgien oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Nice.

Au cours des affections inflammatoires aiguës ou chroniques de l'oreille ou même spontanément sans maladie antérieure (1), se déclare parfois d'une manière soudaine une complication extrêmement grave, douloureuse, ayant quelque analogie avec l'ostéite mastoïdienne et qui, sous forme d'inflammation osseuse rapidement nécrosante et diffuse à l'os tout entier, constitue l'ostéomyélite du rocher. Cette affection rare n'a attiré l'attention que depuis que Kuster, Bergman en Allemagne, Lannelongue en France, ont démontré que l'ostéomyélite ne frappe pas seulement l'épiphyse des os longs mais aussi le tissu spongieux des os du crâne, Pauzat (2) d'abord, en 1893, Schilling (3) ensuite, en 1904, eurent décrit l'ostéomyélite du temporal comme complication des otorrhées. Dans le jeune âge, surtout, les maladies intercurrentes et antérieures et les rétentions purulentes d'otorrhées paraissent, sans spécificité de tel ou tel microbe, la cause probable de la diffusion du processus infectieux à travers le tissu spongieux du rocher.

OBSERVATION I (personnelle). — *Ostéomyélite du rocher consécutive à une otite moyenne suppurée chronique.*

C. P..., âgé de 40 ans, Italien, habitant Nice, se présente à la consultation le 12 février 1913, se plaignant de violentes douleurs dans la tête et d'une tuméfaction énorme de la région mastoï-

(1) PEARSON. — *British medical journal*, mars 1889.

(2) PAUZAT. — *Annales de Laryngologie*, septembre 1893.

(3) SCHILLING. — *Zeitsch. f. Ohrenheilk*, décembre 1904.

dienne, survenue très rapidement depuis la veille, toutes choses qu'il attribue à un coup de froid sur son oreille droite en suppuration depuis une rougeole de son bas âge. Cet enfant est issu de parents bien portant.

Le malade est abattu, d'un facies qui dévoile ses souffrances ; avec un aspect terreux, un état fébrile et anxieux, indice d'une profonde intoxication.

L'attention est aussitôt attirée du côté de l'oreille par un écoulement fétide, formé d'un pus grisâtre qui sort d'une façon continue du conduit auditif externe, et aussi par ce fait que le pavillon de l'oreille semble abaissé, décollé et tuméfié. L'examen de la région auriculaire révèle en effet un gonflement généralisé à la partie postérieure, empatement dur, œdémateux, ressemblant à celui du phlegmon diffus, mais dont il diffère en ce qu'il n'est pas rouge franchement, et que, tendu, il cesse brusquement au point présumé où s'arrête l'altération osseuse. Ce gonflement s'étend en haut de façon à dépasser un peu la crête sus-mastoïdienne, dépasse de beaucoup l'apophyse mastoïde qu'il déborde largement en arrière, et inférieurement semble gagner de proche en proche toute la région carotidienne, ayant déjà franchi la pointe de la mastoïde. La palpation de cette région œdématisée est douloureuse dans toute la région postérieure de l'oreille, l'œdème garde facilement l'empreinte du doigt, mais nulle part on ne constate de fluctuation, nette.

Fièvre autour de 40°,5. Ni frissons, ni vertiges.

Première opération. Opéré le 13 février en notre absence. Large incision rétro-auriculaire qui mène sur l'os nécrosé. Issue de pus fétide, abondant. Trépanation mastoïdienne simple. Chute de la température à 37°. Mais quelques jours après celui de l'opération la température revient à 38°,5.

Nous visitons à nouveau le malade et nous trouvons une suppuration fétide profuse avec lésions d'ostéite très étendue. Os mastoïdien dénudé, noir, d'aspect nécrotique sur sa table externe. A travers la brèche, on voit cet os mou et friable, celluleux, infiltré de pus grisâtre et fétide. Les lésions osseuses paraissent s'étendre très loin en arrière et l'œdème se diffuser davantage vers le bas du cou. L'état général est mauvais, la température s'accroît de façon à monter à 39°,6. Le malade se cachectise de plus en plus. Pansements quotidiens par lavages à la solution phéniquée à 4 p. 1000. La fièvre s'atténue et la température s'abaisse à 37°, mais ce n'est qu'une accalmie provisoire.

Seconde opération le 22 février avec notre distingué confrère, le

Dr Sargnon, de Lyon. En présence de la persistance de tous ces symptômes, nous nous mettons en mesure de pratiquer un évidement aussi complet que possible de la mastoïde. L'os, mou et friable, se laisse enlever facilement à la pince-gouge et à la curette, et nous pratiquons un évidement complet jusqu'à la pointe, qui est celluleuse et infiltrée. Le sinus est dénudé sur plus d'un centimètre, mais devient tout à coup le siège d'une hémorragie lorsque, nous dirigeant vers les parties hautes, nous venons à détacher quelques fongosités périsinusiennes qui aveuglaient une ulcération existante de ce gros vaisseau sanguin. Force ainsi étant d'arrêter l'opération, nous faisons un tamponnement du sinus à la gaze iodoformée après avoir pratiqué à l'eau oxygénée à 12 volumes dédoublée un soigneux lavage de la région opérée. Curettage des fongosités, ablations d'esquilles volumineuses, de sequestres, vers les zones postérieures, en haut au-dessus du sinus, et en bas, vers la pointe, ont rendu la région aussi nette que possible sans nous laisser néanmoins la certitude que toutes parties nécrosées aient été enlevées. C'est ainsi que vers les parties profondes du côté du massif osseux du facial, du côté des canaux semi-circulaires, et en bas, du côté du plancher de la caisse et vers l'apophyse styloïde, un stylet dirigé perçoit des rugosités symptomatiques d'os nécrosé, laissant ainsi envisager avec méfiance l'avenir du malade.

Dans les profondeurs on est naturellement limité, car non seulement l'abord n'est pas facile, mais dangereux par les nerfs et les vaisseaux qui s'y trouvent.

En effet, trois jours après cette importante opération, le malade fait une poussée fébrile à 39°,4 remontant ainsi de 38° où il était descendu; le cou devient luisant, plus empâté, phlegmoneux, et on perçoit bientôt que les glandes de la région carotidienne se prennent d'inflammation purulente. Nous les libérons bientôt par des incisions appropriées sur cette région dangereuse des vaisseaux. Cette troisième intervention fut faite le 6 mars.

Dès les premiers jours qui suivent cette troisième opération, une amélioration se déclare, la fièvre tombe, l'état général devient meilleur et un bourgeonnement de bon augure se fait sentir dans toutes les régions opérées, à telle enseigne que, réserve faite au sujet des points d'ostéite des diverses régions du rocher, on pourrait espérer pour bientôt une guérison complète. Et cette guérison est d'autant plus légitimement espérée que les parents de l'enfant sont forts et robustes et laissent ainsi supposer que l'enfant a été engendré dans des conditions pareilles.

En effet, après un espace de quatre semaines, la santé paraissait revenue, sauf un point à la région mastoïde opérée. Là, à travers quelques bourgeons atones et saignants situés au lieu d'élection des ouvertures antrales, un stylet s'enfonçait profondément et semble se perdre en profondeur avec la sensation d'une crépitation osseuse. Aussi ne sommes-nous point étonné lorsque tout à coup, un mois 1/2 après l'opération, nous remarquons un peu de déviation de la face par commencement de paralysie faciale qui en peu de jour s'accroît. L'état général reste bon, mais localement on ne saurait que manifester des craintes et devenir hésitant, quand à la possibilité et au résultat des opérations curatives futures.

La région, à n'en pas douter, a été non seulement atteinte dans son ensemble, mais encore, après la violence de l'attaque initiale paraît n'avoir point cessé sa marche progressive vers les couches profondes. Attaque brusque et marche progressivement envahissante caractérisent ce genre d'ostéomyélite. Ce n'est point la première fois que nous observons des cas de ce genre. En voici le résumé d'un autre que nous avons publié autrefois et dont la brusquerie et les résultats de l'attaque peuvent faire songer à une véritable « apoplexie osseuse ».

OBSERVATION III. — *Ostéomyélite du rocher pendant l'évolution d'une scarlatine compliquée d'otites purulentes doubles.*

En février 1903, nous vîmes dans la soirée un enfant de sept ans, qui, en pleine scarlatine, avait été pris depuis deux jours d'un écoulement otorrhéique double. Dans le courant de la journée, il s'était plaint d'une douleur derrière l'oreille droite. Au moment de notre examen, non seulement elle était persistante et accrue, mais la région était déjà œdémateuse. Quelques heures avaient suffi à le mettre dans cet état. L'écoulement auriculaire se faisait bien. La fièvre était autour de 39°. On décida de l'opérer le lendemain à la première heure. Une large incision sur la région mastoïdienne conduisit sur cet os déjà exsangue, mat, privé de circulation et de vitalité. La trépanation fut analogue à celle qu'on eût pratiquée sur un os de cadavre et donna fort peu de pus ; os nécrosé nettement défini quant à ses trabécules qui paraissent vides et friables. On eût dit d'un os où la circulation et la vie étaient arrêtées, tandis que l'antre en suppuration et le conduit auditif suppurant indiquaient l'abcès phlegmoneux dont la région avait été atteinte.

Il n'y eut pas de marche envahissante, un séquestre superficiel de

toute la région mastoïdienne se forma et par bourgeonnement sous-jacent se limita dans l'espace d'une année, après laquelle nous pûmes en faire l'exérèse. La guérison du malade fut complète en tous points, malgré un terrain lymphatique et des antécédents familiaux, suspects de tuberculose.

Dans ce second exemple la brusquerie d'attaque et ses effets nécrotiques paraissent avoir été équivalents d'une véritable apoplexie de l'os, ainsi qu'en témoigne encore l'état dans lequel il fut trouvé à l'ouverture opératoire. Cette rapidité d'évolution initiale aussi bien que la marche insidieuse et envahissante de l'ostéomyélite mise en lumière par des travaux récents (Schilling, Luc, Guizez) (1) mérite quelque attention.

Classiquement en effet nous savons que pendant l'enfance et l'adolescence, lorsque les os qui s'accroissent sont le siège d'une grande activité nutritive, on peut observer des accidents d'une gravité très variable et qui vont d'une hyperhémie, d'une congestion simple à une suppuration totale. Une cause morbide quelconque, diathésique (scrofule, diabète, tuberculose, syphilis, etc.), une maladie antérieure intercurrente, une otorrhée (2), une sinusite frontale (3), lorsqu'il s'agit des os du crâne, provoque les accidents et ceux-ci, affectant la forme inflammatoire aiguë, évoluent d'une manière plus ou moins rapide, mais typique, « de périostite circonscrite et d'ostéomyélite phlegmoneuse diffuses ». Dans des cas tout à fait exceptionnels ces accidents d'ostéite peuvent même se manifester sous une forme foudroyante dont l'observation II est un bon exemple (4). En quelques heures, l'os y avait été partiellement gangrené d'une façon irrémédiable, comme s'il eût été frappé d'une véritable apoplexie. C'est qu'avec leur richesse en tissu spongieux les

(1) GUIZEZ. — Ostéomyélite des os plats du crâne consécutive avec otites et sinusites supprimées. (Rapport à la Soc. f. d'Otologie, Rhinologie et Laryngologie, 1906, Paris.

(2) PAUZAT. — *Annales de Laryngologie*, 1893.

(3) SCHILLING. — *Zeitsch. f. Ohrenheilk*, 1904.

(4) BAR. — De la nécrose aiguë des os du crâne. *Société française d'oto-rhino-laryngologie*. Congrès Paris, 1907.

os du crâne sont éminemment propres au développement et à la diffusion du processus ostéomyélitique, pathogénie à laquelle la disposition et le développement du réseau sanguin intra-osseux contribue encore. Pearson (1), sous le nom de « Nécrose aiguë des os du crâne », remarque leur évolution rapide. Ce sont des cas d'ostéomyélites qui, parfois, faute d'en distinguer la cause, ont pu être envisagées comme primitives et qui peuvent toujours être considérées comme les analogues des ostéomyélites spontanées de Reynaud. Leur évolution nécrotique initiale, sans être fréquemment foudroyante, est toujours très rapide, à peine quelques jours, comme les cas présents en témoignent. En moins d'une semaine en effet après le début des accidents, on rencontre du pus, quelquefois même jusque sous l'aponévrose, s'il y a eu effraction de la table externe de la mastoïde, pus jaune verdâtre contenant un grand nombre de globules de graisse et de gouttelettes huileuses. Un stylet introduit au fond de la plaie perçoit un os dénudé, et parfois très au loin.

Un foyer osseux apparaît souvent dans un ou plusieurs autres points, permettant de se prononcer en faveur de l'ostéomyélite, ainsi que c'était le cas du malade que nous signalons aujourd'hui.

Non moins intéressante est la marche de l'affection. Soit en effet à la faveur d'une disposition spéciale du diploé, soit à celle d'une virulence particulière des germes infectieux ayant présidé à son développement, cette marche est insidieuse et progressivement envahissante.

Les observations curieuses de Schilling (2), de Laurens (3) de Broeckart (4), de Luc (5), de Guizez (6), de Richardson (de Washington) (7) montrent qu'elle peut faire littéralement le tour de la calotte crânienne; uniquement cantonnée au rocher,

(1) PEARSON. — *British medical journal*, 1883.

(2) SCHILLING. — *Zeitsch. für Ohrenheilk.*, p. 25. 1904.

(3) G. LAURENS. — Congrès de Paris, 1900.

(4) BROECKAERT. — *Gazette hebdomadaire de Méd. et Chir.*, 1899.

(5) LUC. — *Ann. de Laryngologie*, 1905.

(6) GUISEZ. — *Archiv. de Laryng.* 1905 et Rapport à la Soc. d'Otologie, 1906.

(7) RICHARDSON (de Washington). — *Archiv. of. Otol.* I, 1904.

elle n'en est pas moins extrêmement dangereuse et parfois rapidement mortelle. Après avoir en effet rayonné dans toutes les directions, conformément au schéma si lucide que Lermoyez (1) a dressé pour la marche des mastoïdites aiguës, et occasionné, malgré les opérations les plus hâtives et les plus radicales, la nécrose rapide des parties atteintes, l'ostéomyélite du rocher, dans certains cas heureusement rares, continue sa course. Par continuité osseuse aussi bien que par voie vasculaire elle avance et, malgré la barrière que lui présente le massif osseux du facial, elle parvient à gagner en profondeur. Dès lors la participation du facial, la participation de la dure-mère, la participation des sinus sont devenues inévitables; la paralysie faciale, la pachyméningite, les abcès du cerveau et du cervelet, la thrombose des sinus et principalement du sinus latéral en sont la conséquence. Enfin, après une marche essentiellement rémittente, avec accalmie après chaque intervention, la maladie aboutit à une issue fatale que les délabrements opératoires et les plus étendus n'ont pu éviter, n'ayant pu suffire à enrayer l'infection ostéomyélique.

(1) LERMOYER et BOULAY. — *Thérapeut. des maladies de l'oreille*, I. p. 400.

OTITE EXTERNE PROVOQUÉE PAR LA PRÉSENCE D'UN PERCE-OREILLE DANS LE CONDUIT AUDITIF

Par **MOSSÉ** (de Perpignan).

Dans le courant du mois d'août 1913, un nommé B..., cultivateur à Baixas, commune voisine de Perpignan, se présenta à mon cabinet, et voici ce qu'il me raconta :

Quatre jours auparavant, travaillant aux champs, à l'heure où le soleil est le plus chaud, il s'était paisiblement endormi.

Au bout d'un certain temps, il s'était réveillé en proie à de violentes douleurs du côté de l'oreille et avec la sensation très nette qu'un animal venait d'entrer dans cette oreille; depuis ce moment, il n'avait pas cessé de souffrir; ses douleurs correspondaient surtout « à l'intérieur de la tête » dans laquelle il percevait à la fois du bruit et une sensation de piqure et de morsure.

J'examinai mon malade : Les deux parois du conduit auditif, fortement tuméfiées, obturaient presque complètement la lumière de ce conduit. Impossible de placer le plus petit spéculum d'oreille et de voir le tympan. La pression de ce spéculum sur la paroi postérieure du conduit déterminait une atroce douleur; les moindres tiraillements du pavillon étaient insupportables et la pointe de la mastoïde extrêmement sensible.

Je fis naturellement, comme chacun l'eût fait à ma place, le diagnostic d'otite externe furonculaire, et je mis la belle histoire que mon malade venait de me rapporter sur le compte de son imagination.

J'avais déjà saisi un bistouri pour inciser, lorsque je m'aperçus que mon malade, qui, par tempérament, était sans doute « peu friand de la lame », faisait mine de s'évanouir à la vue de l'instrument.

Sa femme, qui l'accompagnait, m'expliqua que le pauvre homme n'avait pas fermé l'œil depuis quatre jours et que sans cesse tracassé par son mal, il était dans un état nerveux qui rendait toute intervention impossible.

Je n'insistai pas; je prescrivis des cachets calmants, des fomen-

tations chaudes et humides; tenant cependant compte, dans une certaine mesure, de la version qui m'avait été servie, j'ajoutai à ce traitement des instillations de glycérine goménolée destinées à la fois à faire l'asepsie du conduit et à entraîner par asphyxie la mort de l'insecte si tant est qu'il y en eût un au fond de l'oreille et qu'il fût encore vivant au moment présent. Je donnai rendez-vous à mon malade à quatre jours de date, bien persuadé ou que je le trouverais guéri ou qu'il faudrait débrider le conduit.

Le malade fut exact au rendez-vous. A la simple vue de sa physionomie, je vis que mon traitement avait produit tout son effet. Mon homme était guéri.

Néanmoins, je jugeai convenable de ne pas le laisser partir sans un nouvel examen.

Le conduit auditif, béant, dilaté, admettait les spéculums les plus volumineux. Les parois de ce conduit étaient saines et le tympan normal. Toutefois, quelque chose de noir était placé au fond de ce conduit, masquant une bonne partie du cadran inférieur du tympan. Était-ce un débris de cérumen, un caillot de sang? Je voulus le savoir; avec une pince coudée je détachai l'objet de ma curiosité, et je fus beaucoup plus stupéfait que mon malade en constatant qu'il s'agissait d'un perce-oreille, que son immersion dans la glycérine goménolée avait pour ainsi dire embaumé, car, l'insecte était dans un état de conservation parfaite: l'animal, qui de son vivant est gras et ventru, était devenu aussi mince, aussi plat qu'une feuille de papier à cigarettes. Par quel miracle la pince, en le retirant, ne l'avait-elle pas endommagé?

La présence de l'animal au fin fond du conduit auditif expliquait les douleurs « dans la tête » ressenties par le malade au début de l'accident. Il m'est tout à fait impossible de dire si, au moment où le malade est venu me voir, c'est-à-dire quatre jours plus tard, l'insecte était toujours vivant et si les souffrances ressenties n'étaient pas simplement le fait de l'otite externe.

La présence dans l'oreille d'un forficule doit être chose assez banale, puisque cet animal est surtout connu sous le nom de perce-oreille.

M. le médecin-major Albert a publié, dans les *Annales des maladies de l'oreille* (1), à propos d'un cas qui diffère sensiblement de celui-ci, quelques détails intéressants sur la vie et les mœurs des forficules. « Ces animaux, dit M. Albert, vivent

(1) Perforation du tympan par un perce-oreille. *Annales des maladies de l'oreille*, 1913, 10^e livraison.

de préférence dans les endroits obscurs et humides, les troncs d'arbres, les tas de paille. Il est des régions de la France où ils sont extrêmement nombreux. Ce sont des animaux nocturnes, sortant rarement durant le jour et se déplaçant, au contraire, avec agilité durant la nuit. C'est incontestablement à leur habitude de rechercher les trous et lieux obscurs qu'il faut attribuer leur pénétration dans le conduit auditif des dormeurs. »

Cette hypothèse ne me paraît pas bien certaine. En effet, le perce-oreille ne pénètre jamais dans les fosses nasales, qui sont des cavités aussi obscures aussi humides et aussi facilement accessibles que le conduit auditif. Je crois plutôt que le forficule, en pénétrant dans ce conduit, où il périra d'une façon ou de l'autre, est victime de son appétit ou de sa gourmandise.

Très connu dans notre région, le forficule montre une prédilection très marquée pour les fruits d'été (pêches, prunes, abricots), qu'il va chercher sur l'arbre quand il ne les trouve pas au ras du sol. La couleur et l'aspect général du cérumen donne le change au forficule, qui confond ce cérumen avec la pulpe des fruits, — et de l'abricot en particulier, — dont il fait sa nourriture et son régal. Je n'ai, d'ailleurs, aucune prétention à l'entomologie et je donne mon hypothèse comme simplement basée sur l'observation d'un insecte que tout le monde connaît dans le Midi.

Quoi qu'il en soit, ayant pénétré dans le conduit auditif, notre animal, surpris par l'obscurité, ne sachant pas retrouver la porte par laquelle il est entré, s'enfonce de plus en plus profondément en s'engluant et s'empêtre dans le cérumen. Il finit par être prisonnier dans le conduit auditif à la façon d'une souris prise au piège.

Le forficule est un animal malpropre. Généralement, en effet, on le voit déambuler, son corselet noir et ses pattes souillées de boue, de poussière... et d'autre chose aussi que je n'oserais dire ici. En cherchant, à l'aide de son aiguillon, à s'évader du conduit auditif, il inocule tout naturellement une otite à sa victime. Généralement, cette otite est une otite externe, mais si l'agent pathogène qui l'a provoquée gagne par propagation la muqueuse de la caisse, elle peut coïncider ou être suivie d'une otite moyenne.

A titre de prophylaxie, M. Albert recommande aux personnes habituées à dormir sur le sol de garnir leurs oreilles de tampons de ouate.

Il est évident qu'elles se préserveront ainsi, non seulement contre l'invasion des forficules dans leurs oreilles, mais contre la pénétration de tous autres insectes, — puces, pucerons, mouches, fourmis, — dans ce même lieu. Il n'est pas non plus très rare de voir pénétrer dans l'oreille, pendant les mouvements involontaires du dormeur, des débris végétaux : brins de paille, fragments d'épis, d'avoine ou de blé. Mettre un peu de ouate dans les oreilles suffit donc à empêcher des accidents bien désagréables. Mais pour que cette précaution se généralise, il faut la porter à la connaissance des intéressés. Quatre lignes dans un des petits précis d'histoire naturelle en usage dans les écoles de villages suffiront pour obtenir ce résultat.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS FRANÇAIS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE (1).

Séance du lundi matin 11 mai 1914.

Allocution du président, Dr WEISSMANN.

MES CHERS COLLÈGUES, MES CHERS AMIS,

Je vous remercie de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider votre réunion annuelle.

Cet honneur, je le dois, je le sais, comme tant d'autres choses d'ailleurs, à mes maîtres, à mon maître Martin que vous avez tous connu et aimé et qui est toujours si présent à ma mémoire, à mon maître Lubet-Barbon. Messieurs, notre société a subi cette année des pertes douloureuses; nous avons à déplorer la disparition de notre confrère Guichard décédé à 58 ans; il était élève de Lichtwitz, avait exercé d'abord à Nîmes, puis à Bordeaux où la maladie l'avait obligé à céder son cabinet quelques mois avant sa fin. Nous avons à déplorer la perte de notre confrère Marc André, enlevé à la fleur de l'âge, à 35 ans. Chef de laboratoire de Sébilleau à Lariboisière et attaché comme oto-laryngologiste aux services de Brocq à Broca et à Saint-Louis, il s'occupait surtout des questions de dermatologie et de syphiligraphie dans leurs rapports avec notre spécialité; il s'était consacré particulièrement à l'anatomie pathologique et à la photographie en couleur des préparations. Très ingénieux, d'esprit inventif, il avait imaginé de nouveaux dispositifs d'instruments et entrepris des travaux importants que la mort vint malheureusement interrompre. Nous avons à déplorer le décès de notre collègue Duchenne. Duchenne avait fait ses études à l'université de Liège et s'était fixé dans cette ville après avoir fait une tournée scientifique à Berlin, à Vienne et à Paris où il avait travaillé quelques mois à la clinique des Grands-Augustins. Élève de Schiffers, puis assistant à l'hôpital universitaire, il était devenu l'adjoint de notre ami Léon Béco, chef du service oto-laryngologique de l'hôpital des Anglais, et était appelé à lui succéder cette année même. Sa mort laisse un grand

(1) Compte rendu par ROBERT LEROUX.

vide parmi les médecins liégeois et à la Société médico-chirurgicale dont il était le président. C'était l'un des membres les plus assidus aux réunions de la société belge et bien souvent il faisait partie du groupe belge familial de notre Congrès. Qui eût pu penser que cet aimable confrère au sourire si bon enfant, à la mine si réjouie, dût disparaître si prématurément !

Notre camarade Viollet s'est éteint le 22 décembre dans sa 42^e année. Élève et assistant de Chatellier à l'hôpital Saint-Joseph, il s'était d'abord consacré plus particulièrement à des travaux d'histologie, puis avait pris le service d'oto-laryngologie à l'hôpital Péan, s'y était livré avec passion et donnait son temps sans compter au moindre de ses malades. Nous le voyions souvent rue des Grands-Augustins où il aimait à venir causer, discuter et travailler, et nous avons été à même d'apprécier toutes ses qualités; il a succombé à une longue et cruelle maladie avant d'avoir pu donner toute sa mesure. Nous avons enfin à déplorer la mort de notre ami Georges Gellé qui a succombé subitement, à l'âge de 51 ans, à une crise d'angine de poitrine. Après les études médicales les plus solides, il ne tarda pas à suivre la voie que lui avait tracée si brillamment son père, qui fut aussi son premier maître, comme il aimait à le proclamer, puis il entra à la clinique de Lermoyez, rue d'Aboukir. Suivant l'exemple paternel, Georges Gellé s'était acquis de bonne heure par ses travaux dans notre spécialité une très enviable notoriété. Sa thèse sur les pressions centripètes (Épreuve de Gellé) marque avec succès son début dans les publications scientifiques. Puis successivement il communiqua aux Congrès d'otologie ses travaux sur l'eau oxygénée, les affections auriculaires chez les gouteux, la surdité hystérique, la laryngite hémorragique, l'aphonie et l'ictère, le rôle des lésions nasales dans la pathogénie du larmoiment, le salvarsan et le nerf acoustique, etc., etc. Il avait été secrétaire, puis président de la Société Parisienne et tout récemment il avait présidé notre Congrès après y avoir été chargé d'un rapport important sur les adénopathies dans les affections du nez et du naso-pharynx. Nos sentiments à tous pour Gellé se résumaient en trois mots : estime, sympathie, amitié. Sa mort nous laisse d'unanimes et de cruels regrets.

Messieurs, les communications cette année sont particulièrement nombreuses, l'ordre du jour très chargé et le temps très mesuré; je m'en voudrais de vous en prendre davantage et m'empresse de passer la parole à notre dévoué secrétaire général.

Parmi les confrères étrangers qui honoraient cette séance, citons :
MM. DELSAUX, BÉCO, BROECKAERT, TRÉTROP, BOVAL, de PONTIÈRE,
BLONDIAU, LEDOUX, GORIS, HICQUET, MARBAIX, MACKENZIE.

ANDRÉ CASTEX. — **Complications broncho-pulmonaires en chirurgie pharyngo-laryngienne (Pathogénie, prophylaxie, traitement).** — Cette question est particulièrement importante pour la spécialité, car il y a des revers difficiles à expliquer.

Ces complications sont particulièrement à redouter dans les pharyngotomies, thyrotomies et trachéotomies.

Castex communique quatre observations de broncho-pneumonies mortelles.

Il semble que les complications à redouter sont surtout :

La congestion pulmonaire réflexe vers le 2^e jour.

La pneumonie septique rapide du 4^{me} au 8^e jour environ.

La pneumonie à frigore.

L'infection broncho-pulmonaire lente, qui laisse le malade traîner pendant 3, 4 ou 5 semaines.

Ces complications sont particulièrement à redouter chez les alcooliques.

Elles s'expliquent, en général, par l'aspiration du sang et du mucus au moment de l'opération, par la pénétration des aliments et des produits septiques émanés des incisions dans les jours qui suivent l'intervention.

Voici la technique qui paraît devoir être adoptée pour prévenir ces complications :

1^o Pulvérisations antiseptiques pendant les trois jours qui précèdent.

2^o Mise en bon état de la dentition.

3^o Pas d'anesthésie générale au chloroforme.

4^o Anesthésie locale, à la novocaïne pour l'extérieur ; à la cocaïne pour l'intérieur.

5^o Opération en deux séances pour les laryngectomies avec abouchement de la trachée à la peau.

6^o Un temps d'arrêt après l'ouverture de la trachée, en la maintenant béante, pour permettre au malade de rejeter le sang tombé dans ses voies respiratoires, et, s'il n'y réussit pas, insufflation d'air au moyen d'une sonde molle.

7° Pas de canule dans la trachée autant que possible.

8° Mise en place de la sonde œsophagienne pendant une huitaine de jours.

9° Suturer le plus possible les surfaces cruentées.

10° Toucher à la teinture d'iode les surfaces non coaptées.

11° Drainer et bourrer à la gaze aseptique en renouvelant très souvent le pansement.

12° Asseoir le malade dans son lit et le faire lever dès qu'il est raisonnable.

SARGNON est de l'avis de Castex au point de vue de la prophylaxie de ces accidents : la broncho-pneumonie peut être évitée par l'emploi de l'anesthésie locale ou de l'anesthésie régionale. Pour les grosses opérations on emploiera avec avantage l'anesthésie mixte (chloroforme et novocaïne). Quant aux hémorragies, elles sont surtout secondaires et peuvent déterminer des broncho-pneumonies. Elles se produisent parce qu'on a trop suturé et qu'il se produit du sphacèle.

MOURET. — Réflexions sur le traitement des suppurations fronto-ethmoïdales par la voie endonasale. — Après avoir été longtemps réfractaire à l'emploi du traitement chirurgical des sinusites de la face par voie endonasale, Mouret a expérimenté la méthode de Claoué pour la sinusite maxillaire et a obtenu des succès. En présence de cela il s'est demandé si le traitement endonasal de la sinusite frontale, préconisé par Vacher, Gruner, Hajeck, etc... méritait toutes les objections qu'on lui a faites. Depuis longtemps Mouret était frappé par ce fait que dans sa clientèle et dans sa clinique il curettait beaucoup d'ethmoïdes et ouvrait peu de sinus frontaux. Il s'est demandé si le curettage ethmoïdal dans les suppurations fronto-ethmoïdales n'était pas justement la cause du peu d'opérations frontales qu'il était appelé à faire.

Dans son travail Mouret étudie et fait la critique des divers procédés de traitement des sinusites frontales par voie endonasale. Il a repris les recherches anatomiques qu'il avait faites il y a une quinzaine d'années, et il présente à la société de nombreuses pièces qui démontrent la possibilité de l'ouverture large du sinus frontal par voie endonasale. De cette étude anatomique et des faits cliniques observés par lui il conclut que le meilleur des traitements par voie endonasale est celui qui supprime complètement l'ethmoïde antérieur, dont la suppuration accompagne toujours les suppurations frontales. De même que dans la cure par voie frontale l'évidement de l'ethmoïde antérieur est, plus que le curet-

tage du sinus, le clou du traitement des sinusites frontales, de même dans le traitement par voie endonasale il en est la partie capitale et indispensable, si l'on veut tarir les suppurations du sinus frontal : l'évidement ethmoïdal assure la possibilité de pénétrer dans le sinus avec une sonde, assure aussi le drainage large des suppurations frontales et supprime les causes de réinfection secondaire.

Le traitement endonasal est peut-être moins brillant comme acte opératoire, et demande peut-être aussi plus de temps pour arriver à la guérison. Mais il a pour lui d'autres avantages : c'est une opération qui peut se faire dans le cabinet du médecin, sous simple anesthésie locale, elle ne laisse pas de cicatrice extérieure, et pour cela les malades l'acceptent volontiers, tandis que beaucoup refusent souvent toute opération qui peut les défigurer. D'autre part, si parfois l'opération endonasale ne donne pas une guérison définitive, on pourra alors avoir recours à l'opération par voie extérieure et dans ce cas l'opération aura été rendue plus simple, puisque au préalable on aura fait le temps le plus important, celui de l'évidement ethmoïdal.

FIOCRE ET LABERNADIE (de Paris). — **Du traitement des suppurations fronto-ethmoïdales par la voie endonasale.** — Toutes les fois que l'on se propose d'intervenir chirurgicalement, à l'occasion d'une suppuration frontale, la première étape du traitement est toujours endonasale.

Quelles sont les suppurations qui peuvent bénéficier de ce traitement? Toutes les suppurations de la région ethmoïdo-frontale.

Par la destruction du foyer d'ethmoïdite suppurée, on parvient à assurer le drainage du sinus frontal, drainage qui, le plus souvent, suffit à entraîner la guérison de la sinusite.

Par la suppression de l'ethmoïde malade, on empêche l'écoulement et la stagnation du pus dans le sinus maxillaire, et par suite l'infection de ce dernier.

Est-ce à dire que toutes les ethmoïdites simples ou compliquées guériront par ce traitement? Il n'y a pas de règle fixe, mais même dans le cas d'insuccès du traitement endonasal, l'intervention préliminaire ne peut qu'avoir une heureuse influence sur l'évolution de la maladie, à la suite de la cure dite radicale.

Cette cure radicale doit être faite toujours par la voie externe (fronto-orbitaire), parce qu'elle seule permet de repérer exactement l'orifice du canal frontal, et qu'elle donne une vue plus large sur la région externe ou orbitaire du massif ethmoïdal.

L'intervention endonasale, telle que la pratiquent MM. Fiocre et Labernadie, consiste à enlever d'abord les productions polypeuses qui obstruent assez souvent le méat moyen, — puis à réséquer le cornet moyen.

Le malade est revu 8 jours après — et ainsi successivement par intervalle fixes; à chaque séance, un examen attentif au stylet, après application de cocaïne-adréraline, permet de bien délimiter les parties malades qu'on enlève à la pince de Luc ou de Brønnings, ou avec la curette de Martin.

Ne pas essayer de pénétrer dans le sinus frontal, se rapprocher de lui méthodiquement en ouvrant et curetant toutes les cellules malades au-devant et autour de lui,

Chaque intervention est suivie d'un badigeonnage soigneux de la fosse nasale avec une solution iodée (huile iodée à 4 p. 100). — Le malade renifle tous les matins de l'eau iodée (IV gouttes pour un grand verre d'eau bouillie tiède) et met de la pommade boriquée au 1/4. — Pas de tamponnement post-opératoire.

Le malade est revu tous les 5 jours. Le traitement dure de six semaines à trois mois. Jamais le malade n'est obligé d'interrompre ses occupations. MM. Fiocre et Labernadie rapportent 12 cas de guérison par cette méthode.

LUC. — Il y a lieu de distinguer plusieurs phases dans l'histoire des suppurations fronto-ethmoïdales. A une époque qui n'est pas encore très éloignée les adeptes de la voie endonasale et ceux de l'intervention par voie externe étaient intransigeants. Puis survint un certain éclectisme dans les deux camps. Enfin aujourd'hui la voie endonasale semble séduire les adversaires d'hier.

Dans la sinusite fronto-ethmoïdale aiguë par rétention il faut opérer par la fosse nasale en suivant la marche de l'infection. Cette intervention est sans danger pour le malade. Dans la sinusite chronique il faut tenir compte des dimensions de l'antra frontal, et l'on aurait des déceptions si l'on opérait par voie endonasale dans des sinus trop étendus.

LUBET-BARBON indique également comme voie d'accès au sinus frontal la voie endonasale par l'ethmoïde. Presque tous les coryzas donnent plus ou moins de la sinusite frontale et quelques-uns de la sinusite frontale par rétention, par gonflement de la muqueuse au niveau de son orifice. On a trop agi par voie externe. Il est évident que dans ces cas la voie interne naturelle est tout indiquée.

Dans certains cas de malades opérés par voie externe et qui continuent à souffrir, on trouve parfois un petit polype qu'il suffit de curetter pour supprimer ces douleurs.

MAHU remarque que dans les opérations par voie endonasale on est parfois gêné par des anomalies anatomiques qui ne sont pas rares (petite déviation haut située, ou déviation à grande envergure qui peuvent gêner le passage des instruments ou tout au moins le drainage).

VACHER, après avoir considéré le chemin parcouru depuis l'an dernier et la mise en honneur de son procédé par voie endonasale, insiste sur ce fait qu'il faut s'occuper, dans toutes sinusites frontales, des cellules ethmoïdales antérieures. Dans les cas aigus, si le traitement médical n'a pas suffi, il faut désobstruer l'orifice du sinus frontal.

Dans les cas chroniques, il faut employer la râpe de Denis pour assurer un bon drainage du sinus frontal.

Quant aux causes de gêne signalées par Mahu, on peut toujours les enlever à la fraise pour arriver à ce sinus.

LAFITE-DUPONT. — Les obstacles empêchant l'accès au sinus peuvent siéger dans le vestibule nasal ou sur la paroi externe de la fosse nasale. Les premiers peuvent toujours être réséqués, mais les déviations de la paroi externe peuvent être plus difficiles à traiter.

Il peut y avoir dédoublement du sinus frontal et il faut, selon lui, pour assurer un bon drainage, détruire le plancher de ce sinus. Il apporte une contribution personnelle au traitement de la sinusite en présentant un instrument dont la courbure peut se modeler selon le cas.

GUISEZ opère par voie externe et laisse tout ouvert en recherchant à combler le sinus par du tissu fibreux. Pour lui le canal naso-frontal se ferme trop vite; ce qui fait la déformation, c'est l'effondrement de la table osseuse, au niveau du sinus non rempli de tissus fibreux. Il ajoute que dans les sinusites peu graves la voie endonasale peut trouver des indications.

PAUTET opère comme Vacher. Dans un cas où la râpe de Denis n'a pas pu passer, il a effondré l'ethmoïde. En règle générale la résection du cornet moyen est inutile; il faut même se servir de l'auvent de ce cornet moyen pour pénétrer dans le sinus.

BONAIN recommande la prudence dans les opérations endonasales dans lesquelles il ne faut jamais s'aventurer au hasard et qui ne doivent pas être confiées à des mains inexpérimentées. Il a vu plusieurs fois se produire l'obturation du conduit nasal, aussi la voie externe trouve-t-elle encore selon lui des indications.

FIOCRE insiste encore sur ce point que dans la sinusite frontale l'important est de curetter l'ethmoïde.

Mouret reproche à Guisez de faire un retour en arrière; l'obstruction endonasale est une obstruction par bourgeonnement et il faut surveiller l'orifice opératoire créé pour le désobstruer à nouveau s'il y a lieu, comme dans toute intervention chirurgicale sur des cavités devenues cavités closes.

MIGNON (de Nice). — **Malformation congénitale des narines.** Mignon présente l'observation d'un enfant ayant une anomalie rare des fosses nasales, constituée par la présence dans les deux narines d'une membrane cutané-muqueuse symétrique, percée d'un orifice de quelques millimètres; une opération très simple permet de supprimer cette membrane presque oblitérante et de faire ainsi disparaître les troubles de respiration nasale.

SARGNON. — **Contribution au traitement chirurgical des déformations nasales; prothèse vivante de cartilage et d'os. Prothèse de cartilage fœtal conservé dans le liquide de Ringer.** — Dans cette communication, l'auteur, continuant ses recherches déjà exposées en partie l'an dernier à la Société de laryngologie, rapporte une série de cas de greffes avec pédicules, des greffes de tissu libre et des redressements forcés des nez anciens, cassés, par l'ostéotomie interne, le redressement de Martin et la résection interne du squelette nasal hypertrophique.

La plupart de ces cas ont été vus avec Vignard et Bérard; dans un cas, il a refait un lobule du nez avec un lambeau pris sur la joue avec pédicule au-dessous et en dedans de la paupière inférieure; la plastique a très bien pris, le résultat esthétique a été bon, la suture intradermique a été utilisée. Dans deux cas, pour redresser des crêtes nasales déviées au niveau du cartilage par déviation de la cloison, l'auteur a pratiqué une résection large de la cloison cartilagineuse et maintenu le redressement avec l'appareil externe bilatéral de Joseph; il a utilisé, pour compléter les manques de cartilage, les greffes de cartilage pris sur le malade lui-même et même, dans un cas, sur un fœtus dont le cartilage a été conservé six semaines dans le liquide de Ringer; ces greffes cartilagineuses ont parfaitement réussi; mais les greffes conservées sont partiellement résorbées. Dans un cas de greffe osseuse, il y a eu suppuration qui a obligé à enlever la greffe, mais il y a eu amélioration par suite de formation de tissu cicatriciel sous-cutané. Dans un cas tout récent, il a utilisé la greffe musculaire.

L'auteur signale aussi une série de cas, soit de redressement

simple des os propres du nez, par la méthode de Martin, soit l'ostéotomie suivie de redressement par la méthode de Martin, soit même l'ostéotomie avec redressement de Martin et résection partielle de la branche montante du maxillaire et des os propres hypertrophiés.

L'auteur conclut que les procédés d'inclusion des tissus vivants sont excellents pour parer aux manques, mais il faut une asepsie absolue pour réussir; dans les cas récents le redressement de Martin est parfait; dans les cas anciens, avec hypertrophie du squelette, il faut pratiquer d'abord l'ostéotomie sous-muqueuse et ensuite soit le redressement de Martin, soit la résection interne des os hypertrophiques, soit même la combinaison de ces différentes méthodes.

BOURGUET (de Toulouse). — **Notre correction chirurgicale des nez disgracieux sans cicatrice extérieure.** — Bourguet montre une série de photographies de nez mal conformés, qu'il a corrigés sans toucher à la peau, ce qui fait que tous ses malades ne portent aucune trace de l'opération pratiquée.

C'est par la voie endonasale que la correction est obtenue.

Bourguet passe en revue les quatre grandes difformités nasales.

Les nez aquilins sont rendus rectilignes par l'ablation sous la peau des parties anatomiques trop exubérantes. Dans certains cas et même souvent, il rapproche de la ligne médiane les branches montantes du maxillaire supérieur pour que l'arête nasale ne soit pas trop large après correction.

Les nez déviés sont redressés de diverses manières suivant que la déviation porte sur le cartilage de la cloison, sur les os propres ou sur les deux à la fois.

Dans le premier cas, le cartilage est remis en place après sa désarticulation des formations voisines, et maintenu jusqu'à complète consolidation.

Dans le deuxième cas, c'est par une fracture intranasale que la rectitude est obtenue, et dans le dernier cas par une désarticulation fronto-nasale.

Les nez en selle ou concaves, disparaissent par une greffe osseuse prise sur la crête du tibia, une côte, ou sur la cloison elle-même, suivant le degré de déformation.

Les nez pointus sont à leur tour corrigés par une diminution de la hauteur de la cloison nasale, et, quand le lobule pend vers le menton, par une excision triangulaire du bord inférieur de cette même cloison, ce qui fait que le lobule est remonté, et les ailes du

nez sont rétrécies par l'ablation d'une partie de leur cartilage.

L'intérêt de cette méthode nouvelle réside dans une correction parfaite des malformations nasales sans inciser la peau, qui dépriment moralement les sujets qui en sont porteurs. Ces interventions se font de plus sous anesthésie locale et sans aucun danger.

TRÉTRÔP (d'Anvers). — Du traitement rationnel de l'exiguïté des fosses nasales respiratoires. — Trétrôp appelle l'attention des rhinologistes sur l'étroitesse des fosses nasales due à la conformation en ogive du palais osseux. Depuis deux ans, il fait pratiquer avec plein succès la dilatation des maxillaires supérieurs par des ressorts en tantale, procédé préconisé par Zielinsky au Congrès de Berlin 1911.

L'écartement obtenu en quelques semaines ou quelques mois est comblé par du tissu fibreux et ensuite du tissu osseux. La récidive est impossible. Les fosses nasales, gagnant en hauteur et en largeur, reprennent leur fonction grâce aux exercices respiratoires appropriés. Le thorax gagne jusque 10 centimètres en six mois. L'état général est considérablement amélioré. Enfin, par un retour d'implantation normale des dents et la fermeture des lèvres, le visage reprend un aspect normal.

Trétrôp recommande vivement ce traitement au rhinologiste assisté du dentiste. A un résultat fonctionnel remarquable, il associe une amélioration esthétique des plus appréciées.

RAOULT (de Nancy). — Névralgies et migraines d'origine nasale et otique. — L'auteur rappelle une communication qu'il exposa à la Société française de laryngologie en 1912 sur la sclérose otique, et où il montrait la fréquence des migraines et des névralgies otiques comme phénomène de début de cette affection. Au même Congrès, Trétrôp (d'Anvers) lisait un travail sur les névralgies et migraines nasales compliquées souvent de phénomènes auriculaires qu'il avait constatées chez les malades atteints de lésions chroniques du nez et du naso-pharynx, troubles surtout d'origine inflammatoire. En 1913 Mounier publia un article sur les migraines et névralgies d'origine nasale avec symptômes aigus, dus à de l'hyperesthésie de la muqueuse nasale et avec phénomènes réflexes d'origine sympathique.

L'auteur insiste à nouveau sur les douleurs otiques et péri-otiques accompagnant fréquemment les douleurs nasales revêtant les caractères de névralgies et de migraines et participant ainsi

à la même pathologie. Ces douleurs otiques dominent parfois les douleurs périmasales. Elles s'accompagnent de bourdonnements, de surdité et parfois de vertiges. Elles revêtent comme elles deux formes : 1^o forme surtout inflammatoire et catarrhale décrite par Trétrap; 2^o forme hyperesthésique avec troubles sympathiques, décrite par Mounier. Dans le premier cas, il s'agit d'un vrai catarrhe de la caisse du tympan revenant par crises et prenant progressivement les caractères de chronicité. Dans le second, il s'agit surtout de phénomènes nerveux avec troubles de la circulation. Dans les 2 cas la première indication à suivre est le traitement nasal que doit guider la lésion initiale du nez. Pour l'oreille, dans le cas de lésions catarrhales, le cathétérisme est indiqué, mais il n'a pas toujours raison de la surdité et des bourdonnements. Dans les deux formes l'auteur a obtenu les meilleurs résultats, surtout très rapides dans la forme nerveuse, par l'anacousie électro-phonoïde.

LAVRAND. — L'olfaction chez les ozéneux. — Dans l'ozène, l'odorat s'exerce habituellement dans des conditions défectueuses (secrétions humides, croûtes, sécheresse de la muqueuse), d'où les irrégularités et les intermittences observées.

Les progrès très lents de la maladie, une fois qu'elle est installée dans le méat moyen, expliquent le retard dans l'établissement d'une anosmie complète, totale, qui est cependant l'aboutissant ordinaire du processus, mais à un âge très avancé, et qui résulte de lésions de la région olfactive tout à fait en dehors des fosses nasales où siègent les altérations essentielles de l'ozène.

Enfin il ne faut pas oublier l'accoutumance, qui paraît fort capable d'émousser l'odorat pour un genre d'odeur dont l'objet reste constamment présent dans le nez. Cette particularité rend compte des cas où les ozéneux possèdent un odorat suffisant sans pourtant percevoir leur propre punaisie.

E. PISTRE (de Grenoble). — Essai d'utilisation du néosalvarsan contre le coryza atrophique ozéneux. — A la suite de résultats favorables obtenus par Bernay, de Lyon, dans la tuberculose pulmonaire avec le néosalvarsan, l'auteur a eu l'idée d'employer ce sel en injections intraveineuses contre l'ozène. Il pensa utiliser ainsi à la fois les propriétés antisypilitiques et eutrophiques de l'arsenic contre une affection, toujours maladie de dystrophie, provenant d'ordinaire d'une ascendance entachée de syphilis ou de tuberculose.

Il a choisi une femme de 28 ans, ozéneuse depuis l'enfance et de plus infectée de syphilis sept ans auparavant par son mari. L'ozène n'avait jamais été traité. Il a pratiqué en 14 mois, 13 injections en trois séries, une de cinq et deux de quatre, de néosalvarsan aux doses de 0,60, 0,75 et 0,90 en s'entourant de toutes les précautions d'usage. Jamais il n'a eu aucun incident à déplorer, la malade ayant cependant reçu en tout 9^{es}, 45 de néosalvarsan.

Les résultats ont été très encourageants: la patiente a augmenté de 5 ^k, 500; ses céphalées ont disparu; la sécrétion purulente nasale est très modifiée tant comme aspect que comme quantité. En un mot, bien que le calibre des fosses nasales soit encore grand, on a assisté là à une amélioration profonde de l'état général et local.

L'auteur, tout en se défendant de préconiser les sels organiques d'arsenic comme remède de l'ozène, pense que devant de pareils résultats on devrait entreprendre une expérimentation plus étendue et plus variée.

BICHATON. — Deux cas de sinusite maxillaire avec complications. — L'intérêt de la première observation réside dans sa rareté. Il s'agit en effet d'un homme qui, une semaine après une opération pour sinusite maxillaire chronique, commença à tousser et fit ensuite de la gangrène pulmonaire. Pendant plus de deux mois, le patient rendit en abondance des crachats purulents et malodorants, il eut même une légère hémoptysie. Finalement, il guérit complètement, mais au bout de quatre mois seulement.

La seconde a trait à une sinusite maxillaire fistulisée d'origine traumatique. Le malade avait déjà subi plusieurs opérations sans succès et on attribuait cet échec au diabète.

L'auteur put extraire un volumineux corps étranger du sinus (6 centimètres de long sur 1 cm 1/2 de large) et la guérison s'obtint en moins de trois semaines, malgré une élimination de près de 40 grammes de sucre par 24 heures.

**MOSSÉ. — Végétations adénoïdes et vomissements acétoné-
miques.** — Je n'apporte ici qu'une simple et brève observation, assez intéressante toutefois

Il y a quelques mois, un de mes confrères perpignanais, dont j'avais antérieurement opéré les deux enfants de végétations adénoïdes à sa complète satisfaction, profitait du séjour accidentel chez lui d'une de ses nièces habitant ordinairement la campagne pour me prier de l'opérer à son tour.

C'était une fillette de six ou sept ans, chétive, malingre, lymphatique, respirant mal et sujette à quelques poussées otalgiques.

L'examen du cavum montrait la présence d'amas adénoïdiens.

Le jour de l'intervention venu, le confrère prit sa nièce sur les genoux ; j'administrai moi-même deux gouttes de chlorure d'éthyle et, dès que l'enfant cessa de résister, sans attendre la narcose complète, deux coups de curette la débarrassèrent de ses végétations.

Aussitôt l'opération faite, l'enfant fut mise au lit. Le confrère et moi habitons porte à porte, le même immeuble, et sommes de vieux camarades de lycée ; aussi, moins d'une heure après l'intervention, j'étais chez lui pour prendre des nouvelles. Dès cette première visite, je m'étonnai de trouver une opérée triste et geignarde et fus très surpris, en m'approchant d'elle, de constater que son haleine exhalait une odeur très marquée de chlorure d'éthyle.

Vers le soir, l'enfant était de plus en plus grognon : ses traits étaient tirés ; la température atteignait 38°, le pouls battait à 120... Elle s'était plainte de soif et tous les liquides qu'on lui avait présentés avaient été vomis dès la première gorgée avalée... Et cette odeur de chlorure d'éthyle était toujours très accentuée.

La nuit se passa tant bien que mal et plutôt mal que bien, avec de l'intolérance gastrique pour ce qu'on lui présentait, des vomissements spontanés, de l'agitation, de la fièvre.

Pendant les quarante-huit heures qui suivirent, le tableau ne fut guère plus brillant. Les signes généraux (fièvre, fatigue, abattement, accélération du pouls, tristesse) s'étaient accentués et le facies était plombé. L'odeur de chlorure d'éthyle se percevait presque dès qu'on pénétrait dans la chambre.

On comprendra facilement que, dans ces conditions, mon confrère et moi ne fussions rassurés qu'à moitié, car, sans rien nous communiquer de nos inquiétudes, nous songions, l'un et l'autre, à une intoxication générale par le chlorure d'éthyle.

Dans l'état de la malade, il y avait cependant « un je ne sais quoi », « un quelque chose déjà vu », qui m'empêchait instinctivement de m'alarmer à fond et qui devait me mettre sur la voie de la vérité.

En interrogeant de près la maman, en faisant un appel pressant à ses souvenirs, je finis par apprendre que, deux ou trois ans auparavant, sa fille avait été malade pendant plusieurs jours, qu'elle avait eu, pendant toute la durée de cette maladie, des vomissements analogues à ceux qui nous inquiétaient, un état

général aussi précaire, et qu'on avait bien remarqué que l'enfant avait spontanément exhalé « une odeur de chloroforme ».

Le diagnostic était fait. Il ne s'agissait que d'une crise d'acétonémie coïncidant avec notre intervention, à moins qu'elle n'eût été provoquée par l'administration d'un anesthésique général, ce qui paraissait bien vraisemblable, étant données les conditions dans lesquelles la crise était apparue.

Je prescrivis des lavements froids... l'enfant absorba 0,15 ou 0,20 centigrammes de calomel à doses fractionnées et, le surlendemain, elle était sur pied. Depuis, elle a largement profité de mon intervention.

Je n'ai pas l'intention de faire, à l'occasion de ce cas, une longue dissertation sur les crises acétonémiques de l'enfant.

Dans les traités de pathologie, et même dans les traités de pathologie infantile, — celui de Marfan en particulier, — le sujet est traité en peu de lignes. Il n'a paru sur ce même sujet que de rares articles, et les discussions qu'il a soulevées ont été peu nombreuses. Quand on arrive ainsi, d'un côté ou de l'autre, à ce chapitre, il y a un trou. Ce qui paraît d'autant plus extraordinaire qu'il n'y a pas d'affection plus banale chez l'enfant que celle-ci.

Le symptôme caractéristique de ces crises, celui qui ne fait jamais défaut, celui qui précède tous les autres et permet d'annoncer la crise quand il apparaît, comme il permet d'annoncer la fin de la crise dès qu'il cesse, est l'exhalaison d'acétone, qui se traduit par une odeur aigrelette qu'on peut comparer à celle du chloroforme, du chlorure d'éthyle, de la pomme reinette, etc.

« La constipation, la fièvre, les nausées, les vomissements, qui constituent le cadre dans lequel évoluent ces crises, peuvent être plus ou moins marqués et peuvent même faire les uns ou les autres défaut. L'abattement et la fatigue manquent rarement. L'analyse décèle toujours la présence de l'acétone dans l'urine. » La durée et la fréquence de ces crises sont variables.

La pathogénie de cette acétonémie infantile est obscure : d'ordre nerveux pour les uns, alimentaire pour les autres, ces crises sont la traduction clinique pour certains d'une hyperactivité fonctionnelle du foie et pour les autres d'une hypoactivité.

Ce que paraît assurément établi, c'est que l'acétonémie infantile a, chez les enfants, la signification d'un déséquilibre qui porte en même temps sur le système nerveux et les glandes digestives (le foie principalement). Lorsque ce déséquilibre est accentué, les crises éclatent.

L'absorption des narcotiques généraux — chlorure d'éthyle,

chloroforme — a chance d'être très mal supportée par ces enfants et expose soit au réveil d'une crise, soit à des accidents généraux bien plus graves.

Il est donc prudent de toujours songer à la possibilité d'une acétonémie latente chez les enfants à opérer de végétations ou d'amygdales et d'écarter résolument, sinon une intervention, — si on la juge indispensable — tout au moins l'anesthésie générale lorsque les parents *interrogés* signaleront l'existence de vomissements coïncidant ou ayant coïncidé avec cette odeur aigrelette, cette odeur de pomme reinette, qu'on considère comme habituelle et sans signification dans l'haleine des enfants.

E. LOMBARD et L. BALDENWECK. — **Recherches sur le nystagmus par rotation.** — Ces recherches portent sur les positions à donner à la tête pour obtenir l'excitation isolée d'un canal par la rotation. Elles ont été faites au moyen du fauteuil-table Lombard : pour l'excitation du canal horizontal, le sujet est assis comme dans la méthode classique; pour celle des canaux verticaux, il est placé dans la situation couchée et on met la tête dans une position appropriée.

En ce qui concerne le canal externe, les auteurs montrent qu'à la vitesse habituelle de 10 tours \times 20", la durée du nystagmus n'est pas sensiblement influencée à l'état normal si l'on incline légèrement la tête en avant (30° en moyenne) de façon à obtenir le parallélisme entre le canal et le plan horizontal. Il n'en est plus de même à l'état pathologique; il y a tout intérêt, dans ces cas, à mettre le canal dans une position d'excitation favorable. Il n'en résulte pas moins qu'une certaine latitude est permise dans les rapports réciproques du plan du canal horizontal et du plan de rotation. Cette remarque s'applique également aux canaux verticaux.

En ce qui concerne les canaux verticaux, voici les résultats obtenus, le sujet étant *préalablement couché horizontalement* :

1° La tête étant *droite*, la rotation de gauche à droite amène à l'arrêt un nystagmus rotatoire à droite. La rotation à gauche amène un nystagmus rotatoire à gauche.

Dans le premier cas, c'est le canal postérieur droit qui a été excité; dans le deuxième, c'est le gauche.

2° La tête étant inclinée à 90° à droite, la rotation à droite amène souvent un nystagmus vertical en bas; la rotation à gauche quelquefois un nystagmus vertical en haut, souvent un nystagmus rotatoire ou mixte.

3° La tête étant inclinée à 45° à droite, la rotation à droite amène toujours un nystagmus vertical en bas ; dans la rotation à gauche les mêmes variations que ci-dessus sont possibles.

Les auteurs, étudiant les diverses éventualités possibles tenant à l'orientation anatomique variable des différents canaux sur les différents plans de l'espace, ainsi qu'à la variabilité des angles qui les séparent les uns des autres, donnent l'explication des particularités ci-dessus et arrivent à cette conclusion que pour exciter par exemple le canal vertical antérieur droit, il faut incliner la tête de 45° à droite (le sujet étant préalablement couché) et faire la rotation de gauche à droite ; dans ces conditions, le post-nystagmus est vertical en bas. La recherche du nystagmus vertical en haut expose aux causes d'erreur ci-dessus mentionnées, tenant à l'excitation moindre du canal (loi d'Ewald) et à l'excitation plus forte des autres canaux.

L. BALDENWEK. — Broche ayant séjourné plusieurs mois dans le pharynx d'un nourrisson. — Ce corps étranger, totalement ignoré des parents, fut découvert tout à fait par hasard, l'enfant étant amené pour de l'obstruction nasale, avec parfois de petites crises de suffocation. L'enquête a montré qu'il avait été introduit 5 mois auparavant et, à part une crise de suffocation à ce moment, laquelle n'avait pas été rapportée à sa véritable cause, il n'y avait eu d'autres symptômes que ceux signalés ci-dessus. La broche, ouverte, occupait toute la hauteur du pharynx et fut extraite sans trop de difficultés. Suites normales.

HENRI ABOULKER (Alger). — Trépanation décompressive de la fosse occipitale dans les labyrinthites non suppurées rebelles. — Femme de 45 ans ; labyrinthite double prédominant à gauche, non suppurée. Vertiges, bourdonnements, titubation, vomissements, surdité, douleurs violentes dans la tête surtout en arrière et à gauche. Facies normal ; pas de symptômes oculaires. Motilité et sensibilité normales aux membres supérieurs et inférieurs. Liquide céphalo-rachidien normal ; réactions de Wassermann et de Hecht-Weinberg négatives. Sans aucun résultat on fait le traitement spécifique, des injections de pilocarpine, et des ponctions lombaires répétées. État général grave. Sous anesthésie locale, large trépanation décompressive postérieure à gauche. Deux jours après, disparition des douleurs, du vertige, des vomissements, de la titubation. Bourdonnements moins pénibles ; pas de modification de la surdité. En somme amélioration très grande depuis 6 mois. La ponction lombaire a été préconisée comme traitement souvent favorable de la

labyrinthite non suppurée. Je l'ai fréquemment employée sans aucun résultat. La trépanation décompressive postérieure, ayant une action analogue plus directe, doit, théoriquement, agir avec plus d'efficacité. Elle est simple, facile, sans danger, sous l'anesthésie locale. Aussi rationnelle que la ponction lombaire elle est légitime dans les cas rebelles. Certains symptômes de la labyrinthite non suppurée pourraient fort bien, comme les symptômes similaires de la labyrinthite suppurée dus à une méningite séreuse postérieure, être déterminés par une hypersécrétion de liquide céphalo-rachidien enkysté ou non dans la loge cérébelleuse. Cela expliquerait bien les résultats obtenus par la ponction lombaire et notre trépanation décompressive. Cette trépanation peut d'ailleurs, en cas d'échec, devenir le 1^{er} temps, d'une résection du nerf auditif. Chez les malades dont l'existence est un calvaire interminable et qui parfois attendent à leurs jours la trépanation décompressive peut et doit être essayée.

HENRI ABOULKER (Alger). — **Aphonie guérie depuis 4 ans par opération simulée.** — Femme de 30 ans, aphone depuis 18 mois. Antécédents personnels névropathiques.

A subi sans résultats tous les traitements possibles. Abduction permanente des cordes vocales. De connivence avec le mari, j'affirme l'existence d'un polype et me porte garant de la guérison immédiate. Des végétations enlevées un moment auparavant font l'office de polype. Anesthésie chloroformique. Longue incision sous-hyoïdienne épidermique; points de suture, large pansement. Au réveil la voix est normale. Guérison depuis 4 ans. Pas de récédive du polype!

Séance du lundi soir

LAFITE DUPONT (de Bordeaux). — **Procédé à cicatrice cachée pour la résection du maxillaire supérieur de l'ethmoïde et pour l'accès sur le sphénoïde et le cavum. Incision sous-nasolabiale.** — Ce procédé combine l'incision de la rhinotomie sous-labiale de Rouge avec une incision interne pratiquée au même niveau que les incisions externes de Liston et de Moure pour l'accès sur le maxillaire supérieur, la fosse nasale et ses cavités accessoires.

Première incision : L'incision commence dans le fond du sillon gengivo-jugal, se continue, en avant, dans le sillon gengivo-labial jusqu'aux confins de la ligne médiane, et s'arrête en un point correspondant à la crête latérale du philtrum.

Deuxième incision extérieure : Perpendiculaire à la première, elle sectionne toute l'épaisseur de la lèvre supérieure, peau et muqueuse comprises, au niveau de la crête latérale du philtrum. Cette incision se prolonge jusque dans le vestibule nasal dont elle atteint la muqueuse au niveau de son plancher.

Troisième incision : Celle-ci, sous-cutanée, sectionne la muqueuse de la narine au pourtour du squelette de l'auvent nasal; elle part du point terminal de la deuxième incision et là, circonscrivant l'orifice pyriforme tout en restant sous-cutanée, elle atteint l'os propre du nez, au niveau duquel elle s'arrête.

Ces deux dernières incisions ont ainsi séparé les parois interne et externe de la narine correspondante. Un large pont de parties molles s'étend de la pointe du nez jusqu'au fond de sillon gengivo-jugal.

Le jour donné par cette libération des deux parois de la narine est considérable. La rugination des parties molles sur la face antérieure du maxillaire découvre facilement le rebord orbitaire inférieur et permet de pratiquer la section maxillo-malaire en vue de la résection,

Le reste de l'opération se fait selon la méthode habituelle.

Cette incision permet de pratiquer la résection du maxillaire supérieur chez des sujets où la face antérieure du maxillaire n'est pas largement envahie, où les tissus sont encore facilement mobilisables.

Dans un cas de résection du maxillaire que j'ai eu à opérer, la laxité des tissus a été insuffisante pour me permettre de faire l'exérèse sans pratiquer une incision de Liston, mais il n'y a pas eu d'inconvénient à essayer l'incision cachée pour refaire ensuite une incision externe.

Par cette incision, on peut aboutir à l'ethmoïde par la voie transmaxillaire, et enfin au sphénoïde aussi, après résection de l'ethmoïde.

Cette incision respecte la vascularisation du lambeau facial en ne sectionnant pas les anastomoses artérielles bilatérales. Cette considération n'est pas à négliger dans une région confinant à la ligne médiane et où, de ce fait, les vaisseaux sont de petit calibre. La calorification et la nutrition du lambeau en sont mieux assurés.

A la suite de la résection, la vitalité de ce lambeau se trouve, en effet, dans des conditions défectueuses. Il est formé d'une mince couche de tissus se refroidissant facilement vers l'extérieur. De plus, ce lambeau est chargé de recouvrir à lui seul une grande

cavité qui suppurera à peu près fatalement ou qui sera le siège, après la guérison, de sécrétions plus ou moins abondantes ; il y a donc intérêt à lui conserver toute sa vitalité.

L'avantage esthétique de l'opération est considérable, car le lambeau facial non sectionné se maintient plus facilement et la déformation consécutive est très diminuée, la cicatrice sur la rainure du philtrum est peu apparente.

LAFITE DUPONT (de Bordeaux). — Épithélioma de l'ethmoïde et du maxillaire supérieur chez une fillette de 14 ans. — Nous venons consigner l'observation d'un épithélioma de l'ethmoïde opéré avec l'incision cachée sous-naso-labiale.

M^{lle} X..., âgée de 14 ans, présente une fosse nasale droite envahie par une tuméfaction mamelonnée, saignant au contact du stylet. Cet aspect paraissant suspect, je demande de pratiquer une biopsie.

La mère me dit alors que cette enfant a déjà été opérée pour une tumeur de cette même fosse nasale, que l'examen histologique en a montré la nature grave, et qu'une résection large a été proposée, mais la mère ne peut s'y résoudre à cause de la mutilation qui en résulterait.

Je me fais confirmer par le Pr Sabrazes le diagnostic d'épithélioma. Je propose alors la résection de la tumeur avec l'incision sous-naso-labiale. Elle est acceptée, mais avant de nous y décider et malgré que nous ne trouvions aucun antécédent héréditaire ou personnel de syphilis, nous faisons 4 injections intraveineuses de néosalvarsan qui n'ont donné qu'un résultat négatif.

L'opération a eu lieu le 5 novembre 1913. Elle s'est faite avec assez de facilité, précédée de l'ablation des ganglions sous-maxillaires et jugulaires envahis et de la ligature de l'artère carotide.

La tumeur, à ce point de départ ethmoïdal, a envahi tout l'ethmoïde, la paroi antérieure du sinus sphénoïdal et tout le massif du maxillaire, sauf cependant l'apophyse palatine, qui a été respectée. L'ablation de la tumeur, faite en deux volumineux paquets, est complétée par un curettage de l'ethmoïde et du sinus sphénoïdal.

L'hémorragie abondante a été suivie d'une syncope respiratoire assez longue. La lèvre supérieure seule a été suturée. La large brèche bucco-nasale a permis de surveiller la plaie et de faire des applications de radium au nombre de deux.

La période post-opératoire s'est passée sans incidents. Le premier pansement a été fait à la gaze iodoformée, les autres à la gaze imbibée d'huile goménolée.

Nous avons pratiqué depuis une série d'injections sous-cutanées d'électro-cuprol. Enfin, la malade a pris, pendant longtemps, deux cuillerées à café par jour de chlorate de magnésie au dixième.

Un mois après l'opération, il lui a été fait plusieurs applications de rayons X.

Actuellement, la cicatrisation est complète. Il n'y a aucun signe de récurrence. La déformation est très peu apparente, car il n'y a qu'une faible rétraction de la pommette de ce côté, comme on peut s'en rendre compte par la photographie stéréoscopique.

F. CHAVANNE (de Lyon). — **Le syrgol en oto-rhinologie.** — Le syrgol est une préparation dans laquelle l'argent se trouve sous forme d'oxyde d'argent colloïdal. Il a été jusqu'ici utilisé surtout en thérapeutique urinaire et en ophtalmologie avec des résultats satisfaisants. Il ne paraît pas avoir été encore expérimenté en oto-rhinologie.

L'auteur a depuis plus d'un an utilisé fréquemment la solution :

Syrgol.....	4 gr.
Eau distillée.....	20 gr.

dans le traitement de l'otite moyenne purulente chronique. Il a obtenu des résultats au moins équivalents et assez souvent supérieurs à ceux donnés par le protargol; il n'a jamais constaté de phénomènes d'irritation. En thérapeutique nasale, le syrgol est d'un usage plus restreint; l'auteur l'a employé en solution à 1 p. 100, en badigeonnages et en applications locales dans les suppurations nasales trainantes des enfants.

Le syrgol paraît être une substance pouvant être utilement employée à la place du protargol; le spécialiste trouvera là en outre un élément nouveau pour varier ses formules.

VACHER et DENIS. — **Amygdalectomie totale et hémorragies post-opératoires** (paraîtra *in-extenso* dans les *Annales*).

Discussion.

LUC. — La méthode de Vacher est excellente mais ne supprime pas entièrement le danger d'hémorragie. Vacher n'a pas fait allusion à l'hémorragie tardive, elle est surtout préoccupante. Il en a observé un cas qui a été grave. Aussi lorsque, chez les adultes, il pratique l'amygdalectomie, il suture les piliers, opération facile avant l'hémorragie, difficile pendant l'hémorragie.

JACQUES n'a aucune expérience de l'anse froide, mais s'associe aux dires de Vacher quant à l'excision radicale. Toutefois il ne se rend pas compte de la manière dont on doit utiliser l'anse froide étant donnée la dissociation *en tissu amygdalien*.

Pour sa part, l'anse chaude à toute sa faveur, mais elle exige une technique bien réglée. Il faut que la température ne soit pas trop élevée pour ne pas brûler les piliers par rayonnement.

L'anse chaude mord mieux que l'anse froide sur les amygdales dures et adhérentes.

Quant aux hémorragies, elles ont toujours cédé à la galvano-cautérisation.

GAREL. — La communication de Vacher remet en cause la question de l'amygdalectomie et de l'amygdalotomie. Il considère l'amygdalectomie comme dangereuse et à abandonner.

Il ne voit pas la supériorité de l'anse froide sur la chaude. L'anse froide réclame une anesthésie générale et la section dure une à deux minutes. Avec l'anse chaude pas d'anesthésie générale et section en une seconde.

On cite les meilleurs moyens pour arrêter les hémorragies post-opératoires, ce qui prouve qu'elles existent, avec l'anse froide. Avec l'anse chaude que Garel a toujours employée il n'a jamais rencontré qu'une seule hémorragie survenue secondairement au cinquième jour, qui s'est arrêtée spontanément.

GAULT emploie généralement la technique de Jacques (anse chaude). Il emploie parfois la technique de Vacher (anse froide) chez les enfants.

Quant à l'hémorragie, il utilise, au cas où l'eau oxygénée ne suffit pas, le compresseur de Bosviel qui est un excellent instrument.

MOURE. — MM. Vacher et Denis viennent encore de soulever l'interminable question de l'amygdalotomie et de l'amygdalectomie. Je ne doute pas que nos confrères d'Orléans aient une grosse pratique de l'amygdalectomie et que leur statistique soit importante; mais je puis dire qu'au cours de ma pratique malheureusement déjà longue, c'est par milliers également que se comptent les interventions que j'ai pu exécuter ou faire pratiquer sous ma direction. Il faut reconnaître, d'autre part, que, presque toujours, la suppression des amygdales est faite chez des enfants. Or je n'ai pas souvenir qu'après la simple amygdalotomie on m'ait conduit bien souvent de jeunes sujets, parce qu'ils étaient atteints soit d'angines à répétition, soit d'abcès péri-amygdaliens. Généralement je fais la suppression du tissu amygdalien débordant la loge sans en faire

l'exérèse complète; elle est tout à fait suffisante; du reste je ne vois pas comment, pour éviter l'hémorragie chez de jeunes enfants, on pourrait employer le procédé de Vacher et Denis, qui consiste à mettre 2 pinces en X munies d'un tampon placé dans chaque loge amygdalienne pour faire ensuite de la compression pendant le temps nécessaire à l'hémostase.

D'autre part, chez les adultes, dans les cas où nous sommes obligés d'intervenir sur les amygdales, en particulier chez les sujets porteurs d'amygdalites caséuses, véritablement très rebelles et très difficiles à guérir, il suffit quelquefois d'ouvrir largement les cryptes ou de morceler l'amygdale presque jusqu'au fond de la loge pour obtenir un résultat favorable. Je reconnais cependant qu'il est des cas où la première intervention ne suffit pas et où il faut aller faire en quelque sorte l'évidement complet de la loge amygdalienne pour guérir le malade. Mais à ces faits exceptionnels seulement on doit opposer des méthodes d'exception. Faut-il en faire une règle? Je ne suis pas du tout de cet avis et j'estime toujours que le procédé qui consiste à pratiquer l'amygdalectomie est ou peut être dangereux. Je suis en effet convaincu que l'on n'a pas mentionné tous les accidents observés; malgré cela, si l'on veut feuilleter la littérature médicale, on trouvera que les hémorragies mortelles sont loin d'être aussi exceptionnelles que le disent les confrères partisans de cette méthode.

On ne peut pas, en effet, considérer les amygdales comme des tumeurs malignes qu'il faut enlever jusqu'à leur extrême limite. Il s'agit là de glandes normales qu'il suffit généralement de diminuer, mais non de supprimer en totalité.

Du reste M. Vacher lui-même, dans sa communication, vient, comme l'a dit M. Jacques, de faire en quelque sorte amende honorable, puisqu'il conseille de tailler avec l'anse froide non pas dans le fond de la loge, *mais dans le tissu amygdalien*. C'est déjà une forme d'amygdalotomie, mais non pas une amygdalectomie avec éversion du fond de la loge, comme le conseillent les auteurs américains.

En résumé, je reste toujours partisan de l'amygdalotomie et je crois que l'amygdalectomie, généralement inutile et souvent dangereuse, doit être un traitement d'exception.

JACQUES (de Nancy). — **Un procédé nouveau de cure des sténoses cicatricielles du pharynx.** — Appliquant aux atrésies du mésopharynx le principe de la méthode préconisée par lui pour

le traitement des synéchies nasales rebelles de l'étage inférieur, — synéchies en barrière partant du plancher, — l'auteur recommande de creuser dans un premier temps, avec le galvanocautère, un trajet vertical à travers le tissu cicatriciel, à la limite externe du voile. Par ce trajet un drain de caoutchouc de faible diamètre est insinué dans le cavum et ramené dans la bouche par le pertuis, vestige de la communication bucco-nasale, s'il existe, ou bien, à son défaut, par un second trajet, percé symétriquement au premier à travers le pilier postérieur opposé. L'anse est alors fermée du côté de la bouche, sans exercer aucune striction sur les tissus interposés et l'anneau ainsi constitué est abandonné en place un mois environ. A ce moment l'épidermisation s'est faite à l'intérieur du trajet, transformé en conduit permanent; et il ne reste plus qu'à sectionner de préférence avec une anse métallique modérément chauffée le pont de tissu fibreux intermédiaire aux deux pertuis.

Dans ces conditions, la coalescence des deux lèvres est évitée, sans recourir à l'interposition d'appareils d'aucune sorte et la tendance ultérieure au resserrement fortement atténuée, sinon totalement conjurée.

GAREL (de Lyon) et PISTRE (de Grenoble). — **Volumineux angiome naso-génien à évolution rapide et fatale chez une enfant de 3 ans.** — Cette fillette est porteuse depuis six mois d'un petit papillome à l'intérieur de l'aile droite du nez, avec infiltration dure de celle-ci. Une double ablation avec grattage amène un développement angioplastique sous-cutané rapide qui déborde le nez sur la joue et la région malaire. Après une chute, l'angiome, nettement constitué en tumeur, subit une poussée violente et alarmante. On pratique alors quatre séances de radiothérapie, espacées de mois en mois, chacune de 50 minutes. Le néoplasme subit une régression extrêmement rapide, une véritable flétrissure; il ne reste plus qu'un petit noyau au-dessous de la paupière inférieure. Mais, peu à peu, l'infiltration et la prolifération angiomateuses se reproduisent, déviant insensiblement vers la forme sarcomateuse. En effet, quelque deux mois plus tard, une énorme adénopathie bilatérale s'établit, il se fait deux métastases; une sous-scapulaire et une crurale, l'état baisse rapidement malgré de nouvelles séances de Roentgenthérapie, et l'enfant meurt sans avoir jamais souffert de sa tumeur et avec toute sa lucidité.

Les angiomes de l'aile du nez sont extrêmement rares. Dans les formes sévères, la thérapeutique la plus active et la mieux

conduite peut échouer, témoin, ici, après les brillants résultats du début, l'inefficacité complète des rayons X sur le tissu sarcomeux, d'ordinaire si sensible à leur action.

GEORGES PAUTET (de Limoges). — **3 cas de polypes nasopharyngiens avec prolongements importants guéris radicalement par l'électrolyse.** — L'auteur, tout en étant partisan de la méthode chirurgicale toutes les fois que cela est possible, rappelle que l'électrolyse peut rendre de grands services : témoin les trois cas qu'il présente, surtout l'un qui avait été opéré déjà par les voies nasales élargies par résection temporaire du nez sans amener la guérison.

Dans ce cas particulier l'électrolyse seule permettait d'atteindre sans danger des prolongements ayant envahi l'orbite et la fosse zygomatique.

L'auteur montre enfin que des séances de 40 minutes avec une intensité de 60 milliampères sont facilement supportées.

Le seul ennui est la longue durée du traitement.

A. PERRETIÈRE (de Lyon). — **Les dysphonies de la mue.** — L'auteur étudie, sous cette dénomination, un certain nombre d'altérations vocales consécutives à la mue de la voix, dont elles représentent en quelque sorte la pathologie.

Ces altérations se distinguent par leur caractère habituellement fonctionnel, c'est-à-dire par l'absence de lésions organiques.

La plus fréquente est représentée par la voix dite eunuchoïde ou infantile, caractérisée par une tessiture élevée, coïncidant avec une intensité amoindrie et un timbre particulier. On rencontre également l'affaiblissement vocal ou mogiphonie, l'aphonie spasmodique ou crampe des chanteurs et des orateurs, et diverses raucités.

Au point de vue des causes, ces diverses altérations relèvent de parésies inflammatoires persistant après la mue.

Le traitement doit être essentiellement orthophonique et comprendre des exercices de gymnastique respiratoire, vocale et articulaire.

LAFITE-DUPONT fait remarquer qu'on peut observer des malades à voix eunuchoïde qui peuvent donner la voix virile quand ils veulent.

Foy insiste sur le mode de respiration de ces sujets, qui presque tous ont une respiration du sommet. Quand on leur apprend à

respirer par la base, on modifie de ce fait le timbre de leur voix, les exercices vocaux sont alors accessoires.

BAR. — **Au sujet de l'otomycose de l'oreille.** — Alors que la parasitologie prend de plus en plus aujourd'hui dans la médecine une place qui tend à devenir adéquate à celle de la bactériologie, il a paru à l'auteur que l'otologie ne pouvait rester indifférente aux influences nocives des parasites. C'est ainsi que par exemple dans le règne végétal les champignons produisent ici leur méfaits sous forme d'inflammations et d'infections multiples à conséquences variables. Un nouveau cas d'aspergillose de l'oreille qu'il a récemment observé, et dont la symptomatologie était à la fois pourtant d'une simplicité très grande puisqu'elles s'est réduite à celle d'une simple méningite, lui permet d'appeler l'attention des otologistes à cet égard. — On peut constater dès lors que, tandis que les aspergilloses se bornent généralement à provoquer des lésions inflammatoires superficielles mais remarquables par leurs douleurs térébrantes avec production profuse d'un mycélium semblable à des membranes diptéroïdes, inflammation qui peut se compléter d'une infection généralisée de l'organisme — l'actinomycose provoque sous le nom d'*actinomycose* dans l'oreille, comme partout dans l'organisme, une infection pyémique à lésions progressivement destructives de tous les tissus, laquelle, dans l'espèce, après avoir détruit successivement l'oreille externe, l'oreille moyenne, le rocher, pénètre dans les fosses cérébrales et cérébelleuses, provoque des méningites, trombophlébites à issues fatales que le traitement si efficace de l'actinomycose par l'iodure de potassium même complété des procédés d'intervention chirurgicale les plus parfaits ne saurait parfois arrêter.

PERCEPIED rappelle qu'on a proposé le chlorure de zinc sec, qui pénètre dans la profondeur, pour traiter le mycosis du pharynx. On pourrait peut-être l'employer contre l'aspergillose.

LAFITE-DUPONT relate le cas d'une femme atteinte d'aspergillose extrinsèque du conduit auditif externe, qui s'était développée dans de la graisse de porc introduite par la malade dans un but thérapeutique.

JACQUES propose comme traitement, vu les bons effets des sels d'argent sur ces champignons, l'injection d'argent colloïdal par voie intraveineuse.

BRINDEL (de Bordeaux). — **Valeur de l'examen complet de l'appareil auditif (épreuves fonctionnelles, statiques, nystag-**

miques et électriques) dans la surdité hystérique, à propos de 3 cas de cette affection chez des fillettes de 15 à 16 ans. — Des examens répétés, cochléaires et vestibulaires, dans 3 cas de surdité hystérique, ont amené l'auteur à formuler les conclusions suivantes. Dans la surdité hystérique :

1° L'examen fonctionnel à la montre et au diapason ne diffère en rien de celui que donne une lésion organique du labyrinthe.

2° Les épreuves nystagmiques post-rotatoires ou caloriques fournissent des renseignements discordants, non seulement suivant les malades, mais encore chez le même malade, à quelques jours d'intervalle.

3° Les épreuves statiques ressemblent à s'y méprendre aux mêmes épreuves faites chez de vrais labyrinthiques.

4° Dans l'examen électrique les épreuves acoustiques donnent des résultats contradictoires : ces derniers ressemblent tantôt à ceux qu'on obtient sur des labyrinthes sains, tantôt à ceux que fournissent les labyrinthes atteints d'une véritable lésion organique.

5° La résistance plus ou moins complète au vertige, pas plus que l'inclination unilatérale, quel que soit le pôle appliqué sur l'oreille, ne sont des indices certains d'une lésion organique du labyrinthe. L'hystérie provoque ces mêmes phénomènes, du moins d'une façon temporaire. Quand l'oreille a récupéré son audition, les réactions électriques tendent à se rapprocher de la normale : la résistance au vertige disparaît.

En résumé, l'évolution clinique reste encore le moyen le plus sûr pour diagnostiquer une surdité hystérique.

JACQUES a vu un accidenté du travail jugé simulateur à qui il a fait subir les épreuves labyrinthiques ; son labyrinthe s'est comporté comme s'il était anéanti. Après l'observation de Brindel il pense qu'il pouvait y avoir autosuggestion ou hystérie.

MACKENZIE a obtenu une réaction normale du labyrinthe avec la méthode de Barany chez des hystériques.

COUSSIEU (de Brive). — **Observation d'une fillette qui a expulsé par l'oreille un lombric de 15 centimètres.** — Une fillette de 4 ans 1/2 fut prise brusquement, au milieu de la nuit, de douleurs violentes dans l'oreille droite. Le tympan était tombé et rouge comme dans une otite ; une paracentèse ne donna, contre toute attente, pas de pus et ne procura aucun soulagement à la petite malade dont les douleurs ne cessèrent d'augmenter, accompagnées de crises convulsives, de nystagmus et de syncopes. Après 52 heures,

le lombric se présente à l'orifice du conduit auditif, d'où il est facilement extrait à l'aide d'une pince. C'est un lombric adulte mâle de 15 centimètres. Huit jours après, la guérison était complète, le tympan cicatrisé, l'audition normale.

BAR rappelle l'observation de Vidal qui, ayant trouvé un lombric dans un conduit auditif, fut amené à trépaner la mastoïde et trouva 2 ou 3 autres de ces parasites dans l'antre.

MOSSÉ. — Otite externe provoquée par la présence d'un perce-oreille dans le conduit auditif (paraîtra dans les *Annales*).

BAR indique que les myriapodes possèdent à leurs parties antérieures des ampoules sécrétant un liquide âcre que l'on pourrait incriminer dans la formation de l'otite.

LAVAL (de Toulouse). — Les rémissions spontanées dans les surdités à type labyrinthique. — Les surdités « nerveuses » sont généralement considérées comme définitives; il ne faut pas oublier qu'en pathologie otologique, tout comme en pathologie interne, il existe presque toujours une période de troubles fonctionnels avant qu'il se produise des lésions dégénératives. L'auteur appelle l'attention sur ce qu'il dénomme le « labyrinthisme pré-lésionnel » cette phase de présclérose peut parfois durer plusieurs années. Il faut savoir interpréter le cri d'appel de l'oreille, qui n'est qu'une manifestation particulière de la souffrance de l'organisme tout entier en voie de déchéance; toutes les infections ou intoxications retentissent sur l'oreille; c'est par une thérapeutique étiologique instituée à la phase pré-lésionnelle de l'affection que l'on peut obtenir de vrais succès dans le traitement des surdités de la perception. Les hypoacousiques labyrinthiques ne sont donc pas voués irrémédiablement à la surdité.

SIEUR et ROUVILLOIS. — Blessures des fosses nasales et de leurs cavités annexes par projectiles de guerre.

JACOD (de Lyon). — Sur les sarcomes de la trompe d'Eustache cartilagineuse. — L'auteur trouve qu'il règne une certaine confusion dans la description clinique des sarcomes nasopharyngés, confusion due à ce qu'on observe les tumeurs trop tardivement et qu'on a surtout cherché jusqu'à présent à modifier les voies d'accès chirurgical sur le nasopharynx.

Il pense qu'on pourrait séparer les sarcomes de la voûte, à pro-

pagation antérieure vers les fosses nasales, des sarcomes latéraux, qui sont plutôt des sarcomes de la base du crâne et se prolongent ainsi en arrière. En observant les malades plus près du début de l'affection, on peut individualiser nettement ces derniers sarcomes, soit au point de vue clinique, soit au point de vue anatomique.

Anatomiquement, ils se développent autour de la trompe d'Eustache cartilagineuse.

L'auteur a eu l'occasion d'en observer deux cas où le centre de la tumeur était formé par la trompe. Ces sarcomes restent, de ce fait, au début plus facilement clivables des tissus voisins que les sarcomes plus diffus de la voûte développés aux dépens du tissu fibreux basilaire.

Cliniquement, d'après les 2 observations, l'auteur montre qu'elles ont un tableau symptomatique particulier. Elles débutent, avant tout autre trouble, par des signes d'obstruction tubaire et de surdité accompagnés rapidement de céphalée unilatérale et aussi par une sensation unilatérale de corps étrangers dans le nasopharynx. L'obstruction nasale est plus tardive et reste toujours unilatérale.

Enfin on voit se développer sous les yeux, pour ainsi dire, le sarcome de la trompe d'Eustache; par des rhinoscopies postérieures répétées, on remarque que le pavillon tubaire a une muqueuse plus rouge et infiltrée, puisqu'il fait une légère saillie et que cette saillie augmente de plus en plus et rapidement en refoulant la muqueuse restée saine.

L'évolution de pareilles tumeurs est très rapide d'après les 2 observations de l'auteur. Le pronostic est grave.

Pour leur ablation chirurgicale, à cause de leur situation latérale et de leur propagation postérieure, l'auteur donne la préférence à la résection du maxillaire supérieur, temporaire si l'on peut; malgré cela, les récurrences locales seront peut-être plus fréquentes que pour les autres tumeurs, à cause de l'adhérence intime de la trompe cartilagineuse à la base du crâne et à la trompe osseuse.

Séance du mardi matin 12 mai.

LOMBARD ET SARGNON rapporteur. — **Indication et technique de la laryngectomie.**

Discussion.

MOURE. — J'ai lu avec beaucoup d'intérêt les rapports de MM. Lombard et Sargnon, et tout d'abord, puisqu'ils ont chacun

écrit de leur côté, j'envisagerai le travail de notre collègue Lombard.

Je suis tout à fait de son avis, lorsque, à propos des indications de la laryngectomie, il pense qu'il faut, dans la limite du possible, avoir recours à des opérations simples et peu mutilantes, si la chose est possible. C'est ainsi que le cancer limité à une corde vocale, n'ayant pas débordé cet organe, doit être justiciable de la simple thyrotomie, d'autant plus que cette opération, faite d'après les procédés modernes, est devenue à peu près inoffensive et que, souvent, elle a permis de guérir quelques malades porteurs de néoplasies malignes de l'organe vocal.

Par contre, lorsque la tumeur a infiltré les tissus voisins, lorsqu'elle a amené, à plus forte raison, l'immobilisation d'un ruban vocal, mais avant qu'elle soit extériorisée, la laryngectomie partielle (hémi-laryngectomie) ou totale doit être appliquée.

Je ne suis pas partisan de l'opération lorsque la tumeur est extralaryngée et qu'il existe des ganglions. J'estime, en effet, que les cas dans lesquels le réseau lymphatique est atteint peuvent être considérés, non pas comme inopérables, mais comme devant avoir une récidence à peu près certaine.

Je sais bien que Gluck a opéré et même guéri quelques rares malades opérés dans les conditions que je viens d'indiquer, mais j'estime que ce sont là des faits tout à fait exceptionnels qui n'engagent guère à pratiquer l'opération dans ces formes diffuses.

Pour ce qui concerne la technique, il est possible que l'opération puisse être faite en un temps sans grand préjudice pour le malade, mais je reste convaincu que, dans les cas où on redoute une complication broncho-pulmonaire, la trachéotomie préalable peut servir de pierre de touche pour tâter la susceptibilité de votre opéré: s'il réagit mal à la trachéotomie, il y a des chances pour qu'il supporte encore plus mal l'extirpation de son larynx. D'autre part, s'il se comporte assez bien après l'ouverture des voies aériennes, il doit supporter la seconde opération, faite quelques jours plus tard, on évite ainsi le *shock* qui accompagne fatalement la mise en place d'une canule dans la trachée.

Quant à enlever le larynx de bas en haut, ou de haut en bas, c'est là, je crois, une question tout à fait personnelle que chaque opérateur peut régler à sa façon. Pour ma part, j'ai toujours mis en usage le procédé de bas en haut: je le trouve assez simple et assez commode.

Ce qui doit faire l'objet de toute l'attention des opérateurs, ce n'est pas tant l'extirpation de l'organe vocal lui-même que les soins consécutifs. Il faut, bien entendu, placer une sonde oeso-

phagienne qui protège la plaie pharyngienne contre l'irritation des aliments et il faut surtout faire avec soin les pansements consécutifs: il n'est pas très rare de voir, après 5 ou 6 jours, se produire du sphacèle de la plaie et de la réinfection septique grave qui, souvent, emporte le malade.

Dans ces cas, on ne doit pas hésiter à débrider les téguments primitivement réunis, à faire des pansements biquotidiens, de manière à tenir la plaie suppurante aussi aseptique que possible. Grâce à des soins bien donnés, on arrive assez souvent à sauver le malade de la mort qui le menace et à le guérir, au moins momentanément, de l'affection grave dont il était porteur.

Pour ce qui concerne M. Sargnon, j'ai le regret de ne pas partager tout à fait ses idées au sujet de la laryngectomie dans les cas de dégénérescences bénignes de l'organe vocal et encore moins dans la tuberculose ou la syphilis laryngée. Je ne crois pas, en effet, qu'on puisse songer à extirper un larynx tuberculeux ou atteint d'une affection non cancéreuse. Du reste, dans la plupart des observations rapportées par M. Sargnon, il s'agissait, en réalité, des tumeurs malignes.

Si nous considérons les tuberculeux et si nous nous rappelons les mauvais résultats obtenus par notre confrère et ami Goris après la simple thyrotomie suivie de curettage, pour des tuberculeux chroniques, on comprendra aisément combien ces sortes de malades sont destinés à mal supporter le shock d'une opération aussi grave que l'extirpation partielle ou totale du larynx.

Donc je ne crois pas qu'on puisse même envisager l'hypothèse de ces actes opératoires dans des cas autres que le cancer du larynx. Dans ces formes dégénératives, on est autorisé à tout tenter, parce que le malade est perdu d'une façon certaine si on laisse la tumeur évoluer.

De même, on ne peut guère considérer comme justiciables d'une laryngectomie les cas dans lesquels, à la suite d'une fracture du larynx, on a enlevé des esquilles cartilagineuses ou des séquestres plus ou moins séparés de l'organe vocal.

MOLINÉ s'associe aux éloges faits aux rapporteurs et les remercie d'avoir apprécié d'une façon si favorable son propre travail sur les tumeurs du larynx.

Ce rapport permet d'établir un parallèle entre ces deux travaux et de juger, à quelques années près, du chemin parcouru.

Au point de vue des indications, il convient de s'abstenir de la laryngectomie dans certains états généraux graves. Au point de vue de la technique, il fait remarquer que, si on se rallie en Allemagne

et aussi en Espagne à laryngectomie en un temps, en France on reste partisan de la laryngectomie en deux temps, peut-être parce qu'on voit les malades loin du début de l'affection, alors qu'ils sont déjà cachectisés et qu'on veut diminuer le shock opératoire.

Sur la question des ganglions, il est d'avis d'enlever tous les ganglions dans tous les cas. Quant aux statistiques, elles sont devenues meilleures dans ces derniers temps, et de 5 à 10 p. 100 (statistiques anciennes) (elles sont passées à 20 p. 100 et même à 25, 30 et 40 p. 100 (statistique de Gluck).

En France, ces statistiques ne paraissent pas aussi bonnes, mais dans l'appréciation des résultats, il faut tenir compte des différences dans l'état moral et social des malades français et étrangers.

Les statistiques deviendront meilleures quand on aura fait une sélection au point de vue opératoire. Enfin les opérations endolaryngées faites d'une façon plus précoce permettront peut-être de diminuer les cas de laryngectomie.

CASTEX admet avec les rapporteurs que dans la tuberculose la laryngectomie est exceptionnelle, il a même, il y a quelques années, été amené à conclure avec Garel que la tuberculose contre-indiquait la laryngectomie.

L'épithéliome pavimenteux est opérable et donne de bons résultats. Il en cite un exemple guéri par la laryngectomie. Au point de vue de la technique, il estime que le larynx cancéreux peut être enlevé comme une tumeur et parfois même sans ligature, ainsi qu'il en a rapporté un cas.

JACQUES, relativement aux indications de la laryngectomie, établit des distinctions entre le cancer endolaryngé, justiciable d'une opération (thyrotomie préalable, puis excision de l'hémilarynx, si la lésion est unilatérale, laryngectomie totale par le procédé de Perrier modifié si la lésion est bilatérale), et le cancer pharyngo-laryngé où l'opération dépendra de facteurs multiples au rang desquels devront être prises en considération l'expérience du chirurgien et la résistance de l'opéré.

Relativement à la technique, il estime que l'opération en deux temps verra ses indications se réduire de plus en plus.

BRORCKAERT communique les résultats obtenus par la laryngectomie partielle, non seulement pour tumeur maligne mais encore pour tuberculose. Les interventions sur le larynx (laryngostomie avec hémi-évidement du larynx ou l'hémi-laryngectomie) donnent de bons résultats si les poumons sont indemnes. Dans le cas de cancer circonscrit, on peut employer son procédé qui consiste à

opérer sur le larynx après avoir enlevé tout le cartilage thyroïde, sauf le bord supérieur et le bord postérieur.

GOAIS. — Le procédé consistant à laisser une partie du cartilage thyroïde permet au malade de parler très convenablement et de respirer définitivement sans canule, ce qui est un avantage sur le procédé de Gluck.

MOURET. — De la discussion qui vient d'avoir lieu il me vient deux idées que je vous demande la permission de soumettre à votre appréciation :

1^o En dehors des difficultés opératoires il est un point, me semble-t-il, qui doit être bien mis en évidence, ce sont les soins consécutifs. La plupart des malades meurent surtout parce que ces soins sont insuffisants et souvent même, surtout dans les hôpitaux, mauvais. Il faut un personnel stylé, éduqué aux soins qu'il convient de donner. Or, souvent, le personnel interne, externe, infirmiers, est insuffisant pour assurer de façon constante jour et nuit les soins de propreté locale dont il est absolument nécessaire de les entourer. Très souvent les soins sont confiés aux parents qui demandent à rester auprès du malade et à le veiller jour et nuit. Bien entendu ces infirmiers occasionnels n'ont pas les moindres notions d'asepsie et sont souvent la cause directe des infections secondaires. Je m'associe à l'opinion que vient d'émettre M. Goris, disant que beaucoup meurent par médiastinite consécutive au passage des aliments hors des voies digestives.

2^o Il ne faudrait point croire que dès que l'examen histologique dit : « cancer », il soit nécessaire de faire immédiatement la laryngectomie totale ou partielle.

Il serait à désirer que l'histologie pût nous fixer sur la valeur même du cancer, car l'expérience nous apprend qu'il y a des cancers qui sont malins d'emblée dès leur première apparition et qui récidivent avec la plus grande facilité, tandis que d'autres sont, en quelque sorte, plus sages dans leur évolution et n'ont pas de tendance à récidiver. C'est ainsi que 4 fois des malades atteints de végétations épithéliomateuse des cordes vocales, ayant refusé toute intervention par voie extérieure, ont guéri et restent guéris plusieurs années après ablation simplement endolaryngienne.

LEMAITRE. — Laryngectomies totales à la novocaïne-adrénaline (présentation de 2 malades, des 2 larynx conservés dans le kaiserling et de microphotographies en couleur). — L'auteur insiste sur la valeur de la biopsie qui, dans certains cas, donne des renseignements nets et précis, non seulement au point de vue dia-

gnostic, mais encore au point de vue pronostic, qui parfois donne des résultats douteux inutilisables, qui parfois est impossible, comme dans le cas de sarcome non ulcéré présenté par un de ses opérés.

Quant à l'anesthésie locale, elle a donné des résultats tout à fait surprenants et au point de vue opératoire, qui fut singulièrement simplifié, et au point de vue post-opératoire, dont les suites furent également très simples. Ainsi pratiquée, la laryngectomie totale n'est plus l'opération difficile, meurtrière, d'exception, telle qu'elle est encore considérée par beaucoup de spécialistes.

SARGNON. — Contribution à la laryngostomie. Parallèle avec la trachéo-cricostomie et la résection segmentaire trachéo-cricoidienne. — L'auteur, complétant l'historique déjà donné dans ses précédentes communications sur le traitement des sténoses, rappelle les recherches de : Maltèse, de Caldera, de Blancioni, de Bruggeniaux, de Marschick, de Glas, de Gluck, de Koschier, d'Hingberg, de Chevallier Jackson, de Leavy, de Davis, de Lynah, de Van de Calseyde, de Ledoux et Parmentier, de Humblet, de Moure et Richard, de Sebilleau, d'Abrand, de Liébault et Canuyt, de Sargnon, de Toubert.

Il étudie ensuite la trachéo-cricostomie, opération qui, dans les sténoses limitées au cricoïde, permet de ne pas sectionner la glotte et par conséquent le ménager la voix. L'opération est certainement un peu plus difficile, mais elle permet une dilatation plus rapide et surtout un résultat vocal bien supérieur. L'auteur a pu décanuler ses malades en 3 et 2 mois, il a utilisé 3 fois cette méthode.

Il insiste aussi avec Hinsberg sur les résections sous-muqueuses des cartilages malades dans les chondrites.

Sargnon et Toubert, dans un cas de sténose grave par adduction des cordes, ont obtenu la guérison de leurs malades par la laryngostomie combinée à la résection externe des deux ary-ténoïdes et au curettage des ventricules, opération qui est une combinaison des méthodes vétérinaires. Comme pansement en dilatation l'auteur emploie surtout actuellement le pansement mixte, c'est-à-dire caoutchouc et gaze entourée de gutta.

Il discute à propos des indications en matière de sténose cicatricielle justiciables de la laryngostomie vraie (ce sont les cas trop étendus de la crico-trachéostomie), il s'agit alors de sténoses cricoidiennes ou de la résection segmentaire, opérations utilisées un certain nombre de fois avec grand succès, dont l'indication est limitée aux sténoses des petites étendues, mais qui semble néan-

moins être plus grave qu'une laryngostomie. Dans certains cas la stomie a été combinée avec la résection partielle, soit en bloc (Gluck), soit par morcellement ainsi que l'auteur l'a pratiqué une fois.

MOURE et GOT. — La thermothérapie dans certaines formes de laryngites catarrhales et tuberculeuses. — Depuis ces dernières années, inspiré des idées de Bier, on a eu la pensée d'appliquer l'air chaud au traitement d'un certain nombre d'affections de la gorge et du larynx.

A cet effet, les auteurs, surtout en Allemagne, ont fait construire des caisses spéciales dans lesquelles est enrobé le cou du malade, de manière à le mettre en contact avec l'air réchauffé produit par des appareils variés. Quelques auteurs ont même songé à employer cette méthode, directement sur la muqueuse laryngée.

MM. Moure et Got viennent apporter à la Société française les résultats d'une nouvelle méthode thérapeutique, à laquelle ils ont donné le nom de *Thermothérapie*, qui consiste à pratiquer la calorification du cou à l'aide de tissus chauffants fabriqués par la maison Hergott, de Belfort.

Ces auteurs ont fait usage de ce procédé dans un certain nombre de laryngites inflammatoires aiguës à types variés, formes simples et grippales, formes érythémateuses, érosives ou œdémateuses. Ils ont même employé la thermothérapie dans un certain nombre de laryngites tuberculeuses, surtout à la période initiale, ou même au moment où commençait à apparaître l'infiltration de la muqueuse vocale.

Les résultats obtenus par ce procédé ont été satisfaisants. Toutefois, dans les cas de laryngite tuberculeuse avancée, la thermothérapie aurait été plutôt nuisible qu'utile.

Les auteurs exposent les indications de cette méthode, la manière dont il faut l'appliquer, et surtout la prudence avec laquelle il faut agir dans les laryngites à forme inflammatoire. Les séances doivent être assez courtes au début; ce n'est que graduellement qu'on peut arriver à les prolonger jusqu'à 20 minutes, 1/2 heure et même 3/4 d'heure, en élevant progressivement la température jusqu'à 30, 40 et même 60 degrés.

La calorification est obtenue en plaçant sur le courant à 120 volts fourni par la ville une lampe dont la puissance varie suivant l'intensité calorique à obtenir. Il est bon, au début, d'interposer une lampe de 16 bougies pour arriver graduellement à 25, 32 et même 50 bougies.

Il sera préférable d'aller progressivement et graduellement, soit comme température, soit comme durée d'application, de manière à tâter le malade, en surveillant de près, par l'examen laryngoscopique, les résultats obtenus. Cette méthode est d'une application simple et très facile.

MOURE. — La température que nous avons obtenue à l'aide de ce collier chauffant n'a guère dépassé 50 degrés et la sudation produite au niveau de la peau évite probablement les brûlures, que nous n'avons du reste jamais observées. Après l'application de la thermothérapie la peau est rouge, érythémateuse, mais nullement entamée. C'est évidemment un procédé qui peut s'ajouter aux autres modes thérapeutiques par l'air chaud que nous connaissons déjà.

GAULT (de Dijon). — **Sur la technique de la rééducation dans l'aphonie nerveuse.** — Dans l'aphonie nerveuse la guérison peut être obtenue le plus souvent par la simple rééducation, consistant dans la série des exercices suivants : Faire émettre au laryngoscope la voyelle E, ce qui s'obtient le plus souvent d'emblée au commandement, puis successivement les autres voyelles A, I, O, U ; puis passer aux syllabes BA, BE, LA, LE ; ensuite faire lire en scandant les syllabes, de préférence en registre bas, puis passer aux interrogations. Parfois un ton impératif, et le chant surtout en latin, riche en voyelles, constituent de bons adjuvants. La guérison, sauf dans de rares cas exigeant une surveillance consécutive, est généralement obtenue dès la première séance.

Chez certains malades parlant en inspiration, il est parfois utile d'ajouter au traitement des exercices respiratoires rythmiques destinés à faire émettre les syllabes en expiration.

RAOULT (de Nancy) et TISSERAND (de Besançon). — **Un cas de section traumatique de la trachée et du nerf récurrent.** — Il s'agit d'un ouvrier qui reçut au niveau de la base du cou un morceau de planche recoupée, lancée par une scie circulaire ; ce bois pointu et tranchant avait pénétré dans le cou un peu à droite, au ras de la poignée sternale, sectionnant la trachée et le nerf récurrent et dénudant la carotide primitive et le tronc brachio-céphalique que le docteur Tisserand aperçut dans le fond de la plaie. A la suite de l'accident, il n'y eut qu'une faible hémorragie et la plaie guérit parfaitement et très simplement. Il reste une dysphonie très marquée, avec par instants de l'aphonie complète. La moitié droite du larynx est absolument immobile, la corde vocale correspon-

dante est en position cadavérique. L'appréciation de l'incapacité professionnelle a été de 5 à 8 pour 100.

COLLET (de Lyon). — **Technique de l'héliothérapie du larynx** (sera publiée *in-extenso* dans les *Annales*).

GUISEZ. — **Du cancer primitif des bronches, diagnostic et thérapeutique endoscopiques.** — On sait combien est difficile, de par les signes cliniques, le diagnostic de cancer primitif des bronches. Ce n'était souvent qu'une trouvaille d'autopsie ; la radiographie avait permis de faire ce diagnostic, mais toujours dans des cas avancés.

Grâce à la bronchoscopie, il est permis de faire ce diagnostic de façon beaucoup plus précoce. L'auteur a eu l'occasion de diagnostiquer 4 cas de cancer primitif des bronches ; le bronchoscope permet de reconnaître un bourgeonnement suspect de la paroi bronchique, saignant facilement au moindre contact et dont un fragment, enlevé par prise biopsique, fit confirmer le diagnostic d'épithélioma.

Dans l'un de ces cas (soigné tout récemment) il s'agissait d'un épithélioma primitif de la bronche gauche, qui donna secondairement naissance à un cancer de l'œsophage, situé exactement au même niveau, au point de croisement de la bronche gauche avec l'œsophage. On est habitué à observer l'ordre inverse et les tumeurs de l'œsophage se propagent plutôt à la bronche qu'inversement. Mais, dans ce cas, une série d'examen bronchoscopiques œsophagoscopiques permirent d'établir exactement la filiation et l'éclosion des deux tumeurs.

La thérapeutique a consisté, dans trois cas, à injecter, directement dans la bronche de l'huile contenant en suspension 20 microgrammes de sulfate de radium. Dans deux cas l'amélioration fut tout à fait évidente, la respiration facilitée, et les hémorragies cessèrent. Dans l'un d'eux, l'amélioration persista pendant 8 mois.

GUISEZ. — **50 cas d'intubation caoutchoutée œsophagienne.** — L'intubation intra-œsophagienne a pour but essentiellement de mettre et laisser à demeure dans les sténoses graves de l'œsophage un tube court, de conformation et de composition telles qu'il puisse rester exactement en place et être supporté pendant des mois, permettant l'alimentation du malade, impossible ou presque impossible auparavant.

Le principe nouveau de la méthode consiste à associer au drainage proprement dit la dilatation permanente caoutchoutée.

Les drains que nous employons sont inspirés du drain ou de la sonde à demeure de Pezzer. Ils mesurent de 5 à 6 centimètres de long et on en possède toute une série, graduée suivant la filière Charrière, au $\frac{1}{3}$ de millimètre. La partie moyenne du drain doit être placée au niveau de la sténose. L'extrémité supérieure qui la surplombe a la forme d'un entonnoir évasé; l'extrémité distale, qui doit être au-dessous, est percée d'orifices latéraux, siégeant au delà de la portion circulaire large du tube; ils sont disposés de telle façon que, lorsque l'on tend le tube sur un mandrin, celui-ci s'allonge, diminue beaucoup de calibre et prend une forme qui permet son glissement dans la sténose sans aucun effort.

La technique pour l'introduction de ce tube est la suivante :

Sous l'œsophagoscope on commence par reconnaître le *pertuis reliquat* de la lumière œsophagienne; puis on la dilate préalablement à l'aide de bougies cylindriques. On introduit dans la sténose ainsi préparée le drain tendu sur la baleine. Il va rester en place de lui-même, reprenant sa forme première.

Depuis le mois de juillet 1913, l'auteur a institué cette technique; 52 cas de sténose à forme grave ont été soignés. Ils se répartissent comme suit :

36 cas de cancer de l'œsophage;

10 cas de sténose inflammatoire siégeant dans la région du cardia, et dont un un peu au-dessous du cardia;

6 cas de sténose par caustique.

Dans tous, les avantages recueillis par ce drainage ont été considérables.

En plus, dans les sténoses cicatricielles à forme grave, le tissu cicatriciel fond véritablement au contact du caoutchouc.

Dans les cancers et les sténoses inflammatoires, il remplace très avantageusement la gastrostomie, permettant, par les voies naturelles, l'alimentation de choses liquides et demi-liquides.

L'auteur suit toute une série de cancéreux, porteurs de ces tubes depuis plusieurs mois, chez lesquels l'alimentation est suffisante. Tous ont repris et plusieurs ont gagné 5 ou 6 kilos depuis l'intubation.

Dans les sténoses cicatricielles à forme grave, au lieu de dilatations fréquentes, auxquelles les malades devaient être soumis, grâce au port de ce tube, il est suffisant de les voir tous les mois ou même toutes les 6 semaines. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, ces tubes sont merveilleusement tolérés, à la condition de

faire faire des lavages quotidiens de la poche sus-jacente à la sténose et à condition aussi de changer ces tubes tous les mois.

Les seules indications actuelles de la gastrostomie seront les cas où il est impossible de retrouver le pertuis reliquat de la lumière œsophagienne.

L'intubation caoutchoutée a certainement beaucoup amélioré le pronostic des sténoses graves de l'œsophage.

LOMBARD et LE MÉR. — L'œsophagoscopie sous aspiration continue. — Les auteurs exposent leur méthode d'« œsophagoscopie sous aspiration continue », qu'ils emploient depuis plus de 2 ans. Ils se servent d'un œsophagoscope composé de 2 tubes concentriques mais indépendants, l'un externe, ovalaire, l'autre interne, cylindrique, entre lesquels se trouve la chambre d'aspiration. Celle-ci est reliée par un tuyau de caoutchouc à un récipient dans lequel le vide est obtenu, soit par une petite pompe, soit par une trompe à eau ajustable à n'importe quel robinet.

L'introduction de l'instrument est facilitée par la forme olivaire de l'extrémité : grâce à l'aspiration continue, la descente se fait, pour ainsi dire, à sec, de sorte que l'exploration de l'œsophage et les manœuvres d'extraction de corps étrangers sont rendues à la fois plus simples, plus précises, plus rapides et surtout moins traumatisantes. L'anesthésie locale a toujours été suffisante. Un dispositif permet, en outre, de transformer extemporanément le tube œsophagoscopique en une sonde à double courant : c'est là toute une thérapeutique nouvelle des affections médicales et chirurgicales de l'œsophage.

V. TEXIER et LÉCUYER (de Nantes). — Rétrécissement de l'œsophage d'origine inflammatoire chronique avec spasme surajouté. Autopsie. — Malade de 37 ans, marin, entre à l'Hôtel-Dieu le 17 décembre 1913, pour une dysphagie survenue progressivement et devenue presque absolue. Le début remonterait à 2 mois environ, coïncidant avec une forte angine, et, 1 mois après, la dysphagie était assez marquée pour ne laisser passer que les liquides.

A son entrée la dysphagie est totale, aussi bien pour les solides que pour les liquides. Ceux-ci étaient rejetés par des efforts de vomissements quelques minutes après la déglutition. Le malade disait que le soir, vers 6 heures, dans l'obscurité, il passait une sonde dilatatrice, la retirait et il pouvait avaler quelques gorgées de lait.

On ne trouve dans ses antécédents que quelques convulsions dans son enfance, aucune maladie infectieuse; pas de fièvre typhoïde, pas de syphilis. Il n'a absorbé aucun liquide caustique et doit être sobre.

L'état général du malade est mauvais : maigreux considérable, véritable cachexie.

L'examen du cou ne décèle la présence d'aucun ganglion.

Troubles nerveux se manifestant par de l'anesthésie pharyngée. Réflexe cornéen conservé, réflexes tendineux normaux.

Lécuyer pensa à un spasme nerveux pur et lui donna un traitement psychique sans résultat.

Le Wassermann est négatif.

La radioscopie, faite le 26 décembre 1913, montre que l'œsophage forme au niveau de la 4^e dorsale un cul-de-sac dans lequel s'accumule le bismuth sans pouvoir franchir le rétrécissement.

Texier pratique l'œsophagoscopie le 5 janvier 1914 à 34 centimètres de l'arcade dentaire, rétrécissement infranchissable, très serré; à la sonde, sous le contrôle de la vue, impossibilité de le franchir; on a la sensation d'un rétrécissement très dur, comme s'il était produit par une tumeur squirreuse, saignant légèrement, pas de fongosités apparentes.

Texier songe à la présence d'un cancer, étant donné ce rétrécissement et l'état cachectique du malade. Il conseille la gastrotomie immédiate, qui fut pratiquée le 40 janvier par le Dr Poisson.

Le malade meurt le 16 janvier.

A l'autopsie. Épaississement des parois œsophagiennes dans toute l'étendue de l'œsophage, avec un rétrécissement très marqué à sa partie moyenne. Large ulcération au-dessus du rétrécissement. Cicatrices d'ulcération au niveau de la partie inférieure, vers le cardia.

A l'examen histologique, pas de cancer, lésions d'inflammation chronique dans les différentes parties de l'œsophage, et au niveau des ulcérations.

Il s'agissait, dans cette observation, d'une sténose inflammatoire chronique ancienne de l'œsophage à laquelle s'était ajouté un spasme.

NEPVEU (de Paris). — **Deux volumineux polypes de l'œsophage.** — L'auteur relate le cas d'un malade de 59 ans, souffrant depuis 6 mois d'une légère dysphagie et de quintes de toux : il pouvait prendre, disait-il, durant celles-ci, entre ses dents, une gros-

seur sortant du fond de la bouche. L'examen releva la présence de 2 volumineux polypes : l'un, long de 6 centimètres, couché au-dessus de l'épiglotte; l'autre, long de 12 centimètres, entièrement caché dans l'œsophage, dont il ne sortait qu'au moment des efforts de toux. Ablation avec la pince à griffes et le serre-nœud laryngien, sous le contrôle laryngoscopique, pédicules nettement intra-œsophagiens.

La tolérance relative du malade pour ces deux volumineux polypes est remarquable. Il est néanmoins permis de supposer que le pincement intra-glottique de l'un d'eux eût pu déterminer des phénomènes de suffocation, voire même la mort subite.

F. CHAVANNE (Lyon). — **Les dernières modifications de la laryngoscopie en suspension.** — L'auteur présente le dernier modèle de l'instrumentation de Killian. L'expérimentation qu'il en a faite lui a montré : 1° la possibilité de son emploi, avec la simple anesthésie locale par badigeonnages à la cocaïne; 2° le caractère sensiblement indolore de son application, quand elle est bien faite, certains sujets trouvant l'examen laryngé direct moins pénible par ce procédé qu'avec l'instrument de Braniags; 3° l'utilité de la potence, qui permet de graduer l'élévation de la langue sans apporter un élément douloureux supplémentaire, les malades trouvant au contraire l'examen moins pénible quand ils sont bien soutenus.

La laryngoscopie en suspension ne sera jamais un procédé d'examen courant; tel n'est pas son but. Parfois même il sera difficile d'y avoir recours; on aura toujours à compter avec les épiglottes tombantes, avec les sujets trop nerveux. Mais il y a là incontestablement une technique qui facilitera certaines interventions sur le larynx, la trachée et les bronches et, en les rendant plus chirurgicales, étendra le champ des opérations endolaryngées.

Séance du mercredi matin 13 mai et jeudi 14 mai

WEISSMANN (rapporteur). — **Pansements consécutifs aux opérations mastoldiennes.**

Discussion.

MORAX. — L'intéressant rapport de M. Weissmann comporte deux parties tout à fait distinctes : Dans la première, il s'agit d'une

simple ouverture et du nettoyage de la mastoïde (antrotomie) et dans la seconde, au contraire, d'un évidement complet, de la mise en communication de l'antre avec la caisse (évidement pétro-mastoïdien).

I. — La première question peut même, à mon sens, se subdiviser en deux variétés distinctes au point de vue pratique. La première comprend toute une série de mastoïdites aiguës à formes très purulentes : grippales, rubéoliques, scarlatineuses, évoluant rapidement et susceptibles d'entraîner de graves accidents.

La seconde forme, au contraire, comprend ces mastoïdites extériorisées, avec vastes délabrements portant sur le tissu osseux et même sur la région périphérique.

La première forme, la plus grave et la plus difficile à guérir rapidement, me paraît peu justiciable de la fermeture immédiate complète et j'avoue que je n'essaierai guère de suturer la plaie rétro-auriculaire chez un antrotomisé de cette catégorie sans avoir placé dans l'intérieur de l'antre un drain par lequel devra s'écouler la sérosité qui, fatalement, suivra l'acte opératoire. D'autre part, il est bon de se rappeler que la caisse contient encore du pus virulent susceptible d'apporter une nouvelle infection à la mastoïde ; opérer ainsi, c'est fermer le loup dans la bergerie, puisqu'on n'a pas laissé à la sécrétion, qui, fatalement, va se produire, une porte de sortie.

La seconde catégorie de mastoïdites est beaucoup plus grave en apparence, parce que plus destructive, ce qui pourrait peut-être supporter la fermeture complète que préconise Weissmann, mais j'avoue ne pas avoir osé, jusqu'à ce jour, la pratiquer, m'étant toujours tenu à la méthode qui consiste à suturer la plaie rétro-auriculaire, en laissant un drain sortant entre deux points de suture.

Pour ce qui concerne l'évidement pétro-mastoïdien, je suis d'abord très heureux de voir que mes collègues n'hésitent plus à fermer immédiatement après l'opération la plaie rétro-auriculaire. Il y a quelque 20 ans, lorsque je préconisai ce procédé, je me rappelle avoir attiré sur moi les foudres d'un certain nombre de spécialistes qui considéraient comme très imprudente cette fermeture immédiate. Or, à cette époque déjà lointaine, j'ai fait observer à mes confrères que, s'ils étaient habitués à faire les pansements d'une otorrhée par un conduit souvent très étroit, ils devaient bien être capables de panser un évidé par un conduit élargi par la section ou la résection qu'on lui infligeait.

Depuis, les choses ont marché et, aujourd'hui, nul ne conteste

la nécessité de cette fermeture immédiate, ce dont je me réjouis.

Pour ce qui concerne les pansements post-opératoires, j'avoue que je trouve Weissmann un peu excessif lorsqu'il conseille de n'en pas faire du tout.

En effet, étant donné que les bords du conduit sectionnés sont attachés à l'aide de catgut et doivent, pour aider à l'épidermisation, s'accoler exactement à la paroi osseuse qu'ils recouvrent, il me paraît difficile de ne pas mettre, au moins pendant 8 à 10 jours, un pansement occlusif et compressif destiné à maintenir ces deux parties du conduit sectionné dans la région où on veut les placer et je crains, si on ne met aucun pansement, que ces lambeaux ne tombent dans la lumière du méat et exposent l'opéré à des ennuis. D'autre part, si on ne fait pas de pansement, en admettant que la plaie se cicatrise régulièrement, on assistera presque fatalement à la formation d'un tissu fibreux cicatriciel qui viendra combler la caisse et fera disparaître le canal tympano-mastoidien, tout en rétrécissant la cavité mastoïdienne elle-même. Or, dans ces conditions, l'acuité auditive sera fatalement compromise à tout jamais et il ne nous sera pas possible d'utiliser les tympans artificiels qui, dans certains cas, nous donnent de merveilleux résultats chez les évidés.

Étant donnée, du reste, la rapidité avec laquelle guérissent les opérés (4 ou 5 semaines environ, dans la généralité des cas), je ne vois pas beaucoup les avantages que l'on aurait à supprimer toute espèce de pansements, puisque, somme toute, si on a soin d'enlever le premier pansement 8, 10, 12 jours après l'opération, il n'est pas aussi douloureux qu'on a bien voulu le dire; il est facile à changer sans être obligé d'endormir le malade, comme on l'a proposé quelquefois.

D'autre part, il faut bien savoir que chez certains évidés, en dépit de tout traitement, l'épidermisation de la caisse se fait mal, soit parce qu'il existe une fistule labyrinthique qu'il faut un jour ou l'autre tarir avec un petit coup de curette ou une cautérisation au chlorure de zinc au 1/10, soit parce que la trompe ouverte facilite la réinfection de la cavité opérée; soit enfin parce que l'état général du sujet ne lui permet pas de faire une bonne et solide réparation.

Telle est, à mon sens, la façon dont il faut comprendre le traitement des évidés.

CABOCHE. — Depuis 10 ans, à la suite de la communication de Eemann (de Gand) j'ai pratiqué le pansement des évidés uniquement

par le procédé de l'insufflation de poudre d'acide borique, jamais je n'ai constaté le comblement de la cavité dont vient de nous entretenir M. Moure. Il se produit, au début, un gonflement des parois bourgeonnantes, qui peut faire craindre une disparition de la forme de l'évidement. Mais les jours suivants, le tableau change : une rétraction se produit, qui aboutit en un mois à 6 semaines à une épidermination en bonne forme de la cavité. Cette rétraction, d'ailleurs, se poursuit bien au delà de l'épidermination, et tel évidé qui avait au début une fente de quelques millimètres, présente au bout de quelques mois une fente de dimension double. Cette rétraction est tellement vraie que dans un cas elle a suffi à produire la rupture d'une cloison qui s'était produite au cours de la guérison.

En ce qui concerne l'utilité du tamponnement pour maintenir les lambeaux de la plastique, cette objection disparaît si, comme moi, on ne fait pas de plastique.

Je me contente de faire une résection totale du conduit à l'exception de sa paroi antérieure, élargissement aussi considérable que possible de la conque et suture du pavillon. Cette absence de plastique n'augmente en rien la durée de l'épidermination. J'ajoute que je pratique la résection du conduit avant la trépanation mastoïdienne ce qui donne, au cours de la trépanation un jour considérable.

BOXAIN. — Il y a déjà plusieurs années, j'ai expérimenté le procédé des Américains dit « du caillot », consistant en la suture immédiate de la peau après la trépanation mastoïdienne, avec maintien en place d'un drain placé dans l'antre pendant 24 heures. Puis, cédant aux idées régnantes sur l'utilité du drainage, par l'antre, de la caisse au tympan, j'étais revenu au procédé ancien du tamponnement de la plaie. En ces derniers temps j'ai repris la suture immédiate et j'en ai obtenu encore d'excellents résultats, c'est-à-dire guérison en 15 jours, trois semaines, avec cicatrice à peine visible. Un point sur lequel je désire attirer votre attention est l'utilité d'abraser les bords de la brèche mastoïdienne de façon à avoir un entonnoir aussi court que possible à la place d'une cavité cylindrique. La peau s'applique ainsi mieux sur la brèche et celle-ci, diminuée de profondeur, se comble plus rapidement.

Au point de vue du pansement des évidés j'attire l'attention sur la grande utilité de badigeonner à chaque pansement la cavité évidée avec la solution de nitrate d'argent à 1/10 pour les parties cutanées de la cavité. En agissant ainsi on obtient une cicatrisation régulière et il est rarement utile de réprimer le bourgeonnement avec la curette, le galvano ou le chlorure de zinc. Tout au plus, de loin en loin, suffit un attouchement au chlorure de zinc.

BRINDEL. — M. Weissmann donne comme contre-indication à la fermeture immédiate de la plaie, dans les mastoïdites, l'état d'infiltration des téguments; je serai plus radical que lui à ce point de vue et je lui dirai qu'il peut même fermer chez les malades présentant cette complication, attendu qu'au premier pansement la peau a récupéré son état normal. Je me hâte d'ajouter que tout en me proposant d'essayer loyalement la fermeture immédiate dans les mastoïdites, *je choisirai mes cas* et je regrette que M. Weissmann ne nous ait pas posé les indications nettes d'un semblable procédé.

En ce qui concerne la cure radicale, nous opérons des cas chroniques à froid ou réchauffés; or, dans ces derniers cas, je me garderai de supprimer le pansement qui assure le maintien des lambeaux en place (je partage complètement la manière de voir de M. Moure à ce sujet) et qui assure la conservation de l'audition.

J'ai pansé beaucoup d'évidés, plus de 500 certainement; or je me suis toujours très bien trouvé des pansements qui amènent une cautérisation parfaite en 3 ou 5 semaines. Si je compare cette statistique avec celle que nous apporte M. Weissmann et qui concerne 5 cas seulement, vous avouerez que j'attendrai un nombre d'observations beaucoup plus considérable avant de changer ma manière de faire. Ces pansements sont faciles pour des spécialistes, même chez les enfants; avec un peu d'adresse et de patience ces derniers supportent parfaitement le pansement, bien mieux souvent que les adultes.

LUBET-BARBON. — Je crois qu'il y a intérêt à suivre le conseil de M. Weissmann et à essayer la méthode qu'il vous indique puisque à aucun moment les malades ne peuvent être en plus mauvaise situation que si on les avait traités par l'ancienne méthode et je suis sûr qu'ils reviendront de leur prévention théorique et que, comme souvent, le paradoxe d'aujourd'hui sera la vérité de demain.

DUBAR fait connaître que depuis 12 années il se montre éclectique dans les pansements consécutifs à la trépanation mastoïdienne. Le tamponnement doit être conservé dans certains cas, mais dans d'autres les pansements à plat conduisent mieux et beaucoup plus vite à la guérison.

Dans les évidements les applications de poudre d'acide borique ou d'ectogan abrègent réellement la durée des pansements.

MM. BUYS et HENNEBERT (de Bruxelles). — **Déstabilisation galvanique.** — Les auteurs ont démontré qu'à la recherche pénible du nystagmus galvanique, nécessitant des intensités de 10 à 25 milliampères, on peut substituer *l'épreuve de la déstabilisation*, qui, sous l'influence de courant très minime (1 à 2 MA) provoque une réaction d'incli-

nation du corps dépendant du sens du courant, inclination inconsciente retardée, que l'on met mieux en évidence dans certains cas, en rendant plus précaire l'équilibre du sujet en expérience (pieds l'un devant l'autre, on marche sur place, sur la pointe des pieds).

La projection d'un film cinématographique permet de se rendre un compte exact du phénomène de déstabilisation.

Les auteurs ont appliqué leur méthode en clinique et ont observé que, dans des cas en apparence identiques de destruction labyrinthique unilatérale totale, l'épreuve de la déstabilisation était positive pour quelques-uns de ces cas, nettement négative pour d'autres; peut-être cette différence est-elle due à ce que, dans les cas de la première catégorie, l'appareil vestibulaire périphérique seul serait détruit, tandis que, pour les autres, la lésion s'étendrait au tronc nerveux lui-même. La solution de cette question demande de nouvelles recherches que les auteurs se proposent de poursuivre.

MAHU. — Ce que deviennent les évidés. — L'auteur publie une statistique de 100 observations de cure radicale de mastoïdites chroniques, représentant non pas tous les cas de sa pratique, mais ceux qui ont été opérés, *pensés par lui et suivis jusqu'à ce jour* depuis 16 ans.

Ces 100 observations, se rapportant à 56 hommes et 44 femmes, et comprenant 95 évidements complets et 5 évidements partiels, se répartissent en :

87 évidés pour ostéite simple ;

5 — — — tuberculeuse ;

8 — — — pour cholestéatome ;

Les évidés guéris, au nombre de 97, se divisent en 88 guéris définitivement et 9 guéris, avec récurrence assez grave pour avoir nécessité une nouvelle intervention. Sont compris dans cette classe 6 cas d'opérés morts après guérison à la suite d'affections étrangères à l'oreille.

Les évidés non guéris comprennent 2 cas de non-guérison avec otorrhée persistante et un cas de mort.

Passant en revue les causes déterminantes des interventions et les méthodes suivant lesquelles ces malades ont été opérés et pensés, Mahu s'est efforcé d'en déduire quelques remarques utiles à la technique de l'opération et des pansements ainsi qu'aux précautions à prendre après la guérison.

1^o *Opération.* — Opérer largement et complètement en proportionnant toutefois l'exérèse à l'étendue des lésions.

Éviter l'infection ultérieure de la cavité en obturant l'orifice tubaire, en le curettant au besoin toutes les fois qu'il existe de l'ostéite.

Abraser le plus possible la région osseuse recouvrant le massif du facial afin de faciliter la vue et d'éviter pour l'avenir le comblement de la fente adito-centrale.

2° *Pansements.* — Les pansements sont devenus de moins en moins douloureux et leur durée de plus en plus courte au fur et à mesure qu'au tamponnement dans tous les cas a succédé la méthode plus simple consistant à laisser combler en partie et à toucher le moins possible la cavité.

Cette méthode, avec fermeture immédiate de l'orifice postérieur, est applicable dans tous les cas d'ostéite simple, mais elle doit être proscrite et remplacée par l'ancienne méthode de tamponnement avec conservation de la cavité opératoire et d'un large conduit pour y accéder, lorsqu'il s'agit de cholestéatome, de labyrinthite présumée ou de tuberculose.

3° *Soins consécutifs.* — Après guérison, si la cavité opératoire a été conservée, le malade doit être revu périodiquement et surveillé avec soin. Si l'on a laissé combler cette cavité en grande partie, les chances d'infection sont presque nulles : la tâche du médecin est alors de beaucoup simplifiée et plus grande est la tranquillité du malade.

Mahu est d'avis qu'il ne saurait y avoir une seule méthode de panser les évidés, pas plus qu'il n'existe qu'une seule méthode de les opérer, qu'il faut se montrer au contraire éclectique en appliquant à chaque cas le procédé qui lui convient si l'on veut obtenir, avec l'effort minimum, le résultat ultérieur le plus parfait.

MOURET. — **Sur une variété de mastoïdite : la mastoïdite jugo-digastrique.** — L'auteur présente un travail sur une variété de mastoïdite, qu'il appelle *mastoïdite jugo-digastrique*. De même que les suppurations de l'oreille moyenne peuvent localiser leurs complications mastoïdiennes soit à la face externe, rétro-auriculaire, de la mastoïde, soit à sa face supérieure ou endocranienne, soit à sa face postérieure ou cérébelleuse, de même elles peuvent les localiser à la face inférieure du bloc mastoïdien, dans la région que l'auteur a appelée *triangle digastrique*. Ces localisations peuvent se faire à l'exclusion de toute autre lésion de la mastoïde, comme il en rapporte 2 cas, un bien se manifeste concurremment avec des lésions de la face externe ou de la face crânienne : dans le premier cas on a une mastoïdite inférieure ou digastrique pure, dans le deuxième cas on a une mastoïdite mixte ou une panmastoïdite.

La mastoïdite digastrique s'étend souvent à l'apophyse jugulaire de l'occipital; c'est pour cela que Mouret l'appelle mastoïdite jugo-digastrique. Il ne faut pas la confondre avec la mastoïdite de Bezold, qui a son point de départ dans la suppuration des cellules de l'apex.

La mastoïdite jugo-digastrique a pour origine la suppuration des cellules sous-tympanales et périfaciales. Le triangle digastrique correspond dans ses 2/3 postérieurs à la bulle digastrique et à la partie terminale du sinus latéral; dans son tiers antérieur il forme le plancher de la partie profonde de la *région sous-antrale* de la mastoïde. C'est, tout particulièrement, lorsque la face externe de la mastoïde et l'apex sont éburnés, que les suppurations du plancher de la caisse et de la région sous-antrale peuvent localiser leur action dans le triangle digastrique et jusque dans l'apophyse jugulaire de l'occipital.

Tandis que le Bezold est caractérisé par un simple abcès cervical, la mastoïdite digastrique peut évoluer sans abcès cervical et ne se manifester, comme symptômes extérieurs, que par de la réaction sous-mastoïdienne caractérisée par de l'inflammation du périoste et du muscle digastrique; mais en même temps se produisent de graves lésions du côté de la cavité cérébelleuse, tout particulièrement autour de la portion terminale du sinus latéral et du bulbe de la jugulaire. Toutefois l'abcès cervical peut aussi exister si les lésions osseuses du triangle digastrique perforent la table extérieure de l'os. Dans les deux cas il y a toujours un empatement plus ou moins marqué, situé au-dessous du sommet de l'apex. Les lésions osseuses tirent leur gravité non pas tant des complications cervicales que des complications intracrâniennes et périsinusiennes.

Il faut savoir diagnostiquer la mastoïdite inférieure en l'absence de tout autre symptôme mastoïdien et savoir aussi la reconnaître lorsque les autres symptômes mastoïdiens semblent attirer, seuls, l'attention de l'opérateur. Il ne faut pas se contenter d'ouvrir, même très largement, la face externe de la mastoïde, il faut réséquer totalement l'apex, décoller le muscle digastrique et réséquer tout le *triangle digastrique* de la mastoïdite en suivant la gouttière du sinus latéral jusqu'au bulbe.

MAURICE DENIS et LOUIS VACHER (d'Orléans). — **Contribution à l'étude des thrombo-phlébites sinuso-jugulaires.** — A l'occasion de 3 cas récents, nous devons étudier quelques points du problème diagnostique et du problème thérapeutique.

1° **Le problème diagnostique.** — Ce qu'il faut, c'est un *diagnostic précoce*.

a) SUR LE TERRAIN CLINIQUE, les signes les plus constants sont les signes généraux, courbe thermique avec frisson, qui sont caractéristiques. Les signes locaux sont inconstants et variables.

b) LES RECHERCHES DE LABORATOIRE peuvent être d'un réel secours.
— L'examen du liquide céphalo-rachidien, décisif dans les états méningés et les méningites d'origine otique, n'a qu'une valeur relative dans les thrombo-phlébites du sinus.

— Par contre, l'examen de sang donne des renseignements plus utiles :

α) 40 à 45 000 polynucléaires dans les mastoïdites non compliquées 15 à 20 000 dans la méningite ; 20 à 50 000 dans les infections sanguines et les thrombo-phlébites.

β) En outre, pour certains, l'hémoculture, toujours négative dans les mastoïdites non compliquées, serait positive dans les mastoïdites compliquées de thrombo-phlébite des sinus et cela d'une façon précoce, et au moment où les autres signes sont muets ou pas assez accentués.

2° Le problème de la thérapeutique. — Deux points :

a) LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE

α) *Indications* : Quand il y a certitude clinique ou opératoire, il faut agir d'emblée ; Quand il y a incertitude, il est préférable de procéder par étapes : 1° larges drainage oto-mastoïdien, — puis 2° intervention sur le sinus

β) *Comment* ? D'abord agir sur le foyer sinusien lui-même,

Quand le golfe de la jugulaire est intéressé : faut-il agir directement ou indirectement ?

Quelle que soit la décision prise, nous conseillons la ligature préventive de la jugulaire interne.

Puis, sans faire d'emblée l'ouverture du golfe, en raison des difficultés opératoires, nous croyons plus prudent d'ouvrir largement le sinus en haut et en bas, de le mettre à nu aussi loin que possible vers la base du crâne et d'agir directement sur le golfe (lavage, curettage, drainage etc.)

Ce n'est que si la septicémie et les accidents continuent que nous conseillons l'ouverture du golfe par la voie atloïdo-occipitale.

b) AU POINT DE VUE GÉNÉRAL.

Traiter le malade comme un grand infecté et, le cas échéant, ne pas négliger l'abcès de fixation qui nous a donné des résultats des plus intéressants.

BROECKAERT. — Intervention par la voie supra-auriculaire en cas d'otite associée à l'atteinte de l'oculo-moteur externe et du

trijumeau. — L'auteur ayant eu récemment l'occasion d'intervenir avec succès par la *voie supra-auriculaire* dans un cas particulièrement remarquable d'otite moyenne chronique réchauffée compliquée de diplopie par paralysie de l'abducteur, de paralysie faciale et de névralgie du trijumeau, formule les conclusions suivantes :

1° L'apparition d'une ophtalmoplégie externe associée à l'atteinte du trijumeau au cours d'une otite moyenne aiguë ou chronique réchauffée est l'indice d'une lésion siégeant au niveau de la pointe du rocher.

2° Ce double syndrome peut relever incontestablement d'une ostéite apexienne; toutefois, indépendamment de ce facteur étiologique, il faut tenir compte de la méningite localisée, péripétreuse, qui peut même être seule en cause.

3° La participation du ganglion de Gasser constitue toujours un symptôme inquiétant, qu'il serait téméraire de négliger; l'imminence du danger autorise, dans ces cas, à pratiquer l'évidement pétro-mastoïdien, suivi immédiatement d'une intervention radicale dirigée délibérément vers le sommet de la pyramide pétreuse.

4° La voie la plus simple et la plus sûre pour découvrir la pointe du rocher et le cavum de Meckel est la *voie auriculaire* ou *supra-pétreuse* après résection temporaire de l'écaille du temporal, que Broeckeaert a préconisée pour exécuter la neurotomie rétro-gasérienne.

LANNOIS et GIGNOUX (de Lyon). — **Méningite otogène à forme foudroyante** (sera publiée *in-extenso* dans les *Annales*).

LANNOIS et JACOD (de Lyon). — **Méningite otogène à forme prolongée et à rémission.** — Les auteurs ont observé un cas de méningite purulente diffuse prolongée dont l'évolution dura 2 mois avec apparence de guérison et qui mourut au bout de ce temps en 48 heures avec les symptômes complets d'une méningite purulente. Il s'agissait d'un homme de 36 ans qui présentait, 15 jours après le début d'une otite aiguë, une mastoïdite aiguë avec abcès sous-périosté et des symptômes de méningite. L'évidement mastoïdien fit disparaître complètement ces derniers symptômes, mais la guérison complète ne survint pas dans le délai habituel. Le malade commença alors une période qui dura 2 mois, pendant lesquels il eut des intervalles de bien-être presque complet et aussi des crises durant quelques jours pendant lesquels, sans symptômes méningés, il présenta des douleurs violentes occipitales et, le long de la nuque, de l'excitation, surtout la nuit, et de la fièvre au-dessus de 39°

Enfin, au bout de ces deux mois, après 3 semaines d'apparence presque parfaite de guérison, le malade présenta un syndrome méningé complet et mourut en 48 heures après l'intervention où la dure-mère fut incisée.

A l'autopsie, leptoméningite purulente généralisée; le labyrinthe ne contient pas de pus; la méningite a suivi le toit de l'antre au niveau duquel existait un petit séquestre à la première intervention.

Les auteurs pensent qu'il s'agit là d'une forme atténuée, puisqu'il existait une méningite généralisée dès le début. Ils préférèrent l'appeler forme avec rémissions, comparable aux rémissions des méningites épidémiques ou bacillaires. Brieger appelle ces formes prolongées formes intermittentes. En tout cas, elles forment la transition avec les méningites qui guérissent et donnent un jour nouveau sur la curabilité des méningites.

JACQUES (de Nancy). — **Contribution à l'étude de la méningite otogène.** — L'auteur apporte deux faits où une leptoméningite (au début dans un cas, confirmée dans un autre) céda après ouverture des cavités de l'oreille moyenne, associée ou non à la rachicentèse. Il est d'avis, en présence des signes d'infection arachnoïdiale, de s'en tenir provisoirement à un évidement large et précoce, avec exploration minutieuse de la capsule labyrinthique. La rachicentèse peut être utilement associée, dans un but thérapeutique, à l'opération mastoïdienne. Le drainage direct des méninges encéphaliques semble actuellement illusoire.

G. de PARREL (de Paris). — **Influence de la technique employée et des moyens adjuvants mis en œuvre sur la valeur des résultats obtenus par l'anacousie.** — L'application de la méthode électrophonoïde demande, de la part de l'expérimentateur, de l'attention, du doigté et surtout la notion très complète des ressources variées qu'offre la technique de l'anacousie. L'auteur cherche à dégager de son expérience personnelle en la matière les enseignements utiles sur la meilleure utilisation de l'anacousie et sur la conduite à tenir ou les précautions à prendre en présence de tel ou tel cas donné.

Parmi les moyens adjuvants dont il recommande la mise en œuvre, il offre la place d'honneur à la *méthode orale*, véritable rééducation des fonctions d'accommodation; il lui attribue un rôle prépondérant dans la qualité des résultats acquis. Il cite ensuite le massage vibratoire électrique de la mastoïde, la gymnastique auriculaire (méthode de Fernet), enfin l'hygiène oto-rhino-pharyngée. Il passe

au traitement de l'état général; il conseille d'user largement du régime lacto-végétarien et diurétique de façon à désintoxiquer l'organisme.

Pour obtenir le maximum d'amélioration, il faudrait arriver à assimiler le traitement anacousique à une cure d'air ou de villes d'eaux, c'est-à-dire à mettre le sujet au repos complet, à l'isoler de ses occupations ordinaires et des fatigues de sa profession; l'idéal serait même de créer des maisons de santé pour sourds, où l'on pourrait soigner l'état général en même temps que l'état local et suivre la technique la plus efficace, c'est-à-dire donner des séances très courtes, très douces et très fréquemment répétées.

G. de PARREL (de Paris). — **La valeur des résultats obtenus par l'anacousie dépend de l'état local et général du sourd.** — Pour donner plus de netteté à son exposé, l'auteur passe en revue les principaux groupements symptomatiques auriculaires, sans s'attacher à la nosologie classique, et il définit pour chacun d'eux la valeur des résultats qu'on peut obtenir par les exercices acoustiques. Il insiste sur le pronostic particulièrement favorable de la paracousie de Willis et, inversement, sur les réserves qu'il convient de faire en présence d'ankylose stapédo-vestibulaire. Il signale l'influence heureuse du massage électrophonoïde sur l'otorrhée chronique et la congestion labyrinthique.

Il explique l'éclectisme thérapeutique de l'anacousie par l'étendue de son champ d'action; il rappelle que l'onde sonore dosée excite physiologiquement l'organe de perception, produit des modifications intenses de la circulation auriculaire et mobilise le tympan et la chaîne des osselets, par conséquent trouve son indication aussi bien dans les troubles labyrinthiques que dans ceux de l'oreille moyenne (processus scléreux, suppurations chroniques, gêne de la motricité, insuffisance circulatoire, etc.).

Il démontre enfin quel rôle important jouent l'état général du sourd et ses conditions de vie (habitat, profession) en anacousie; il attire l'attention sur la répercussion auriculaire des états diathésiques, des intoxications ou infections chroniques, et surtout sur l'influence prépondérante des troubles cardio-vasculaires dans l'origine, l'évolution et le traitement anacousique des affections otitiques.

EGGER. — **Note sur la rééducation auditive (anacousie).** — 22 observations montrent les résultats encourageants que donne la rééducation auditive. Un des cas, sans raisons apparentes, fut négatif; les autres donnèrent une amélioration moyenne de 3 fois l'audition primitive; un des sujets a même passé, pour une oreille,

après 15 séances, pour la lecture à haute voix, de 0^m,95 à 3 mètres, puis après 30 séances de 3 à 11 mètres.

LEVESQUE (de Nantes). — **Abcès de la région sous-glottique.** — Petit abcès au niveau de la partie antérieure de la région sous-glottique ayant déterminé, en quelques heures, une sténose laryngée par œdème sous-glottique. Trachéotomie. Guérison rapide. Le diagnostic de syphilis est écarté, Wassermann négatif. Le lendemain de la trachéotomie le malade expectore quelques crachats purulents, légèrement fétides. A l'examen du larynx, on constate au niveau de l'angle antérieur de la région sous-glottique une fistule laissant sourdre du pus.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

PERCEPIED (du Mont-Dore) présente un pulvérisateur-vaporisateur pour le nez. Jusqu'ici on ne s'est servi que du pulvérisateur simple, sans emploi de vapeur. Elle a cependant, dans certains cas, des indications auxquelles on doit satisfaire.

L'instrument est composé d'un pulvérisateur à chaudière, à deux branches. La vapeur, après s'être détendue et refroidie, pénètre dans le nez à travers deux spéculums en bois, mobiles sur un curseur, ce qui permet de graduer la température.

GAREL présente des photographies stéréoscopiques du larynx, d'une netteté parfaite, d'une valeur iconographique remarquable, faites avec un appareil de son invention qui est lui-même une merveille d'ingéniosité.

DELAIR présente un malade porteur de larynx artificiel.

M. PAUTET a fait construire un transformateur minuscule pour l'endoscopie.

M. DEPIERRIS démontre un nouvel appareil pour insufflation tubo-tympanique de vapeur sulfureuse.

M. LAFITE-DUPONT présente une fraise électrique munie d'un protecteur, destinée aux évidements péto-mastoïdiens.

..

Avant de se séparer la Société a mis à l'ordre du jour pour 1913, les 2 rapports suivants :

1^o *Héliothérapie en pathologie laryngée*, M. COLLET (de Lyon), rapporteur.

2^o *Kystes paradentaires du maxillaire supérieur*, M. JACQUES (de Nancy), rapporteur.

Elle désigne comme Vice-Président en 1913, M. Sieur (de Paris).

ANALYSES

LARYNX

De la nécessité de soumettre au contrôle de la laryngologie les études professionnelles des chanteurs, par H. LAVIELLE (*Revue hebdom. de laryng., d'otol. et de rhin.*, 4 mars 1912).

Le « malmenage vocal » est la cause de la plupart des enrrouements des chanteurs. Lavielle est partisan absolu de la respiration à type abdominal, car il permet seul une inspiration ample et une expiration susceptible d'être graduée. Et cela, pour hommes et femmes. Il décrit les différentes causes du malmenage : erreurs de classement ; le fait d'exiger le même rendement et la même étendue de toutes les voix rangées dans la même catégorie ; l'attaque défectueuse du son ; le fishinage ; l'utilisation défectueuse de la soufflerie ; le surmenage. Ce malmenage est facile à éviter si l'on soumettait les études de chant au contrôle de laryngologistes au courant des questions vocales. Le point important est d'être renseigné sur le degré de robustesse de l'arche vocale de l'élève. Des examens fréquents décèleraient dès le début toute trace de malmenage. Professeur de chant et élèves devraient être initiés aux notions scientifiques indispensables.

A. HAUTANT.

Du mécanisme vocal et des registres de la voix, par JACQUES (*Revue hebdomad. de laryng., d'otol. et de rhinol.*, 9 mars 1912).

Lennox-Brown, après Mandl, a cherché dans une disposition particulière de la glotte la caractéristique des registres : dans la voix de poitrine, la glotte, ouverte dans toute son étendue, a la forme d'une fente ellipsoïdale bordée par deux épais bourrelets musculo-cartilagineux ; dans la voix de tête, la glotte ligamenteuse, seule entr'ouverte, a des lèvres amincies. D'autres observateurs ont voulu faire jouer le rôle essentiel aux cavités sus et sous-laryngiennes. Le registre inférieur serait pectoral ; le registre supérieur serait pharyngo-nasal. Jacques pense qu'il faut envisager à la fois dans chaque registre et la disposition spéciale des lèvres glottiques et l'intervention des cavités de résonnance. Dans la voix de poitrine les cordes, peu tendues, vibrent dans leur totalité, entraînent avec elles les cartilages aryténoïdes, et par voie solidienne, la cage

thoracique : effet prépondérant de la caisse pectorale de résonance. Dans le registre de tête, les cordes vocales, fortement tendues, réduites à leur portion musculo-aponévrotique, vibrent et cette vibration éveille la résonance du cornet sonore pharyngo-bucco-nasal.

A. HAUTANT.

Tuberculose laryngée et grossesse, par G. BILANCIONI (*Archivi ital. d'otologia, Rhinologia e Laryngologia*, 1911, vol. XXII, fasc. VI.)

A propos de 3 cas de tuberculose laryngée observée au cours de la grossesse; l'auteur passe rapidement en revue des travaux antérieurs sur ce sujet et pose les conclusions suivantes. La tuberculose du larynx développée pendant la grossesse comporte un pronostic sévère; plus tard apparaissent les premiers symptômes, moins sombre est le pronostic. La mortalité des enfants issus de mères atteintes de tuberculose laryngée est énorme. Dans les familles aisées toutefois, le pronostic est un peu moins sombre pour la mère, beaucoup moins sombre pour l'enfant. En cas de prédisposition héréditaire et surtout de laryngite tuberculeuse, même légère, la grossesse et le mariage doivent être absolument interdits. Les accoucheurs devront surveiller les signes précurseurs de la laryngopathie chez les femmes enceintes, surtout quand il y a des antécédents héréditaires. Le traitement local et général peut, dans les cas légers, être couronné de succès; dans les cas graves, il ne réussit pas à arrêter la maladie; aussi doit-on penser à interrompre la grossesse. Les tumeurs tuberculeuses du larynx restent d'ordinaire relativement stationnaires, même pendant la grossesse: elles n'ont pas tendance à la diffusion et à la généralisation. Au point de vue thérapeutique, il convient de distinguer 3 catégories de cas. La première catégorie comprend tous ceux où, dès le début, il est impossible d'espérer sauver la mère. Ici il n'y a pas à penser à un avortement. La seconde concerne les cas où les lésions laryngées sont assez légères et l'état de la malade assez favorable pour que la continuation de la grossesse ne paraisse pas devoir nuire à celle-ci. Une lésion superficielle circonscrite, une petite ulcération, la tuméfaction d'une corde, une légère infiltration de la paroi postérieure, ne sont pas une indication à l'avortement. La troisième catégorie renferme les cas où l'affection s'aggrave pendant la première moitié de la grossesse: un petit nombre de ces malades, à peine 10 p. 100, survit à la grossesse et à l'accouchement. C'est ici que doit se poser la question de l'interruption prévue de la grossesse.

M. BOULAY..

Syndrôme de Schmidt (hémiplégie pharyngo-laryngée, du trapèze et du sterno-cléido-mastôïdien) à la suite d'un traumatisme, par G. VIOLLI (*Arch. ital. di Otologia*, etc. 1911, vol. XXII, fasc. III).

Un homme de 39 ans fut atteint, 3 jours après une chute sur la tête, d'une paralysie de la corde vocale gauche, des muscles du voile du palais, des constricteurs du pharynx, du trapèze et du sterno-mastôïdien gauche. S'agissait-il d'une paralysie périphérique ou centrale? On peut éliminer d'emblée l'hypothèse d'une lésion corticale, car il n'existe pas d'observation d'hémiplégie laryngo-pharyngée isolée ayant cette origine. Contre l'idée d'une lésion bulbaire plaide l'absence de troubles circulatoires et respiratoires. D'ailleurs, dans les cas analogues où l'autopsie a pu être faite, le siège des lésions était nettement périphérique. C'était aussi vraisemblablement le cas ici. Mais auquel des syndromes suivants faut-il le rapporter: Syndrome d'Avellis (hémiplégie pharyngo-laryngée); syndrome de Hughlings-Jackson (hémiplégie glosso-pharyngo-laryngée et éventuellement paralysie des muscles de l'épaule); syndrome de Tapia (hémiplégie d'une corde vocale et de la moitié du pharynx du même côté); syndrome de Schmidt (hémiplégie pharyngo-laryngée, du trapèze et du sterno-mastôïdien du même côté)? C'est évidemment à cette dernière catégorie qu'appartient le cas actuel. Mais comment expliquer l'apparition des phénomènes paralytiques cinq jours après un traumatisme! On ne peut penser à une névrite, parce qu'alors les troubles seraient apparus graduellement et non subitement. D'autre part, il avait eu fracture du crâne au niveau du trou déchiré postérieur, il est probable qu'il y ait eu simultanément lésion du vague et du glosso-pharyngien, et la paralysie se serait manifestée immédiatement. P. émet l'hypothèse d'une hémorragie secondaire; l'une des branches de l'artère vertébrale, par exemple, serait devenue le siège d'une petite dilatation anévrysmale à la suite du traumatisme, et le sac anévrysmal se serait ensuite rompu à la suite d'une augmentation de la pression sanguine.

M. BOULAY.

NOUVELLES

NOUVELLES DIVERSES

On annonce la mort de D. W. K. SIMPSON, professeur de Laryngologie au département médical de l'Université de BUFFALO (U. S.)

Le Dr GRUNBERG, privat docent d'oto-rhino-laryngologie à Rostock, a été nommé professeur.

Le professeur FÉLIX, de Bucarest, a été chargé de la chaire d'oto-laryngologie en Roumanie.

Le Dr BUYS, de Bruxelles, a reçu le titre de professeur d'oto-rhino-laryngologie à l'université de Turin.

Le Dr ZIMMERMANN, de Halle, a été habilité pour l'oto-rhino-laryngologie.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET CONGRÈS

Société belge d'Otologie, de Rhinologie et de Laryngologie

XXIV^e Congrès annuel tenu à Bruxelles (11 et 12 juillet 1914).

1. M. SCHIFFERS (Liège): Démonstration de préparations pathologiques et microscopiques.

2. M. BUYS (Bruxelles): Thème réservé.

3. M. DEWATRIPONT (Bruxelles): Expériences de cuti-réaction à la « luétine » de Lesser chez les ozéneux.

4. M. DE STELLA (Gand): L'hydrocéphalie interne aiguë avec démonstration de pièces macroscopiques.

5. M. VAN CANEGHEM (Bruges): Recherches expérimentales sur la nature de la méningite séreuse.

6. M. GORIS père (Bruxelles): Céphalalgies et conclusions erronées tirées de diaphanoscopies positives des sinus. Présentation de pièces anatomiques.

7. M. MARBAIX (Tournai): Un cas de résection du maxillaire supérieur avec plastique de Bardenheuer pour sarcome fasciculé avec îlots osseux.

8. M. VANDE CALSEYDE (Bruges): Excision d'une fistule thyroïdienne avec son kyste d'origine. Démonstration macroscopique et histologique de la pièce.

9. M. BUYS (Bruxelles): Un cas de kystes multiples de la mâchoire inférieure (Radiographie).

10. M. VANDERVEKEN (Bruxelles): Un cas de tuberculome du larynx avec microphotographie.

11. M. BUYS (Bruxelles): Présentation de malades.

12. M. HENNEBERT (Bruxelles): Un cas de nystagmus pneumatique. (Fistel-symptom sans fistule.)

13. M. VAN DEN WILDBERG (Anvers): Malade opérée et guérie d'un abcès cérébral d'origine optique.

14. M. HEYNINX (Bruxelles): Carie du rocher gauche avec vaste chélestatome ayant abasé la totalité des parois supérieure et posté-

rière de la pyramide du rocher. — Compression cérébello-protubérantielle gauche avec anesthésie intermittente du trijumeau gauche et marche avec chute vers la droite. Évidement pétro-mastoldien.

15. M. GORIS père (Bruxelles) : Présentation de malades.

16. M. BUYS (Bruxelles) : Démonstration de la laryngoscopie en suspension.

16^{bis}. M. FERNANDÈS (Bruxelles) : Corps étranger du larynx et radiographie.

17. M. LEMAITRE (Paris) : Chondrome du cricoïde. — Ablation par laryngotomie de tout le chaton cricoïdien. Guérison.

18. M. VAN DEN WILDENBERG (Anvers) : Féverole dans la bronche droite d'un enfant de 4 ans. Extraction bronchoscopique. Guérison.

19. M. VAN DEN WILDENBERG (Anvers) : Extraction de deux balles de revolver, l'une siégeant dans le maxillaire supérieur, l'autre dans l'axis.

20. M. CHEVAL père (Bruxelles) : Quelques cas de cancers de langue guéris.

20^{bis}. M. FERNANDÈS : Résection du maxillaire supérieur avec conservation du palais.

21. M. BAYER (Bruxelles) : Disparition complète d'une tumeur maligne de l'amygdale (épithélioma typique) par l'application du radium. (Préparations microscopiques.)

22. M. VAN DEN WILDENBERG (Anvers) : Laryngo-pharyngectomie sous anesthésie locale pour cancer de l'hypopharynx.

23. M. BROECKAERT (Gand) : Sténose complète de la portion supérieure de l'œsophage par tumeur maligne chez une goitreuse. — Thyroïdectomie et œsophagostomie.

Rapport de M. BROECKAERT (Gand) sur les tumeurs du médiastin au point de vue laryngologique. — Discussion.

24. M. BUYS (Bruxelles) : Les inhalations salines sèches en thérapeutique (procédé des Prof^{rs} Stefanini et Gradenigo).

25. M. DELMARCEL (Louvain) : Considérations sur l'intervention chirurgicale dans les cas de phlegmon du cou.

26. M. HÉNNÉBERT (Bruxelles) : Quelques remarques sur l'emploi du diapason.

27. M. DE STELLA (Gand) : Otite moyenne purulente méningococcique (Méningocoque de Weichselbaum).

28. M. MOURE (Bordeaux) : De la fermeture complète, immédiate et systématique de la plaie rétro-auriculaire dans l'antrotomie. Considérations cliniques.

29. M. BROHÉE (Bruxelles) : Carie du rocher, de l'apophyse zygomatique et de l'écaille du temporal. — Abscess sous-durémérien extériorisé dans la fosse temporale.

30. M. TRÉTRÔP (Anvers) : Phlegmon temporal sous-périosté avec suppuration osseuse d'origine otitique. Opération. Guérison.

31. M. L. BECO (Liège) : Un cas de septicémie otique.

32. M. CHAVANNE (Lyon) : Utilité de la radiographie dans la localisation de la lésion causale des sinusites maxillaires d'origine dentaire.

33. M. MOURE (Bordeaux) : A propos de la laryngectomie partielle (procédé de Broeckkaert) dans certaines formes de cancer endolaryngé.

34. M. VANDE CALSEYDE (Bruges) : Vertèbre de hareng, garnie de

deux arêtes, dans la trachée d'un bébé de neuf mois. Extraction par trachéoscopie. Guérison.

35. M. CHEVAL, père (Bruxelles) : Quelques mots à propos du traitement du cancer simple ou compliqué de la langue.

36. M. ESCAT (Toulouse) : Diphthérie du recessus palatin et diphthérie pseudo-phlegmoneuse.

37. M. VAN DEN WILDENBERG (Anvers) : Notes au sujet de quatre cancers de l'hypopharynx traités par la pharyngo-laryngectomie.

38. M. V. DELSAUX (Bruxelles) : A propos de certains phénomènes nerveux et psychiques compliquant les maladies d'oreille.

39. M. TRÉTRÔP (Anvers) : L'auto-éducation auditive sans appareils brevetés.

40. MM. BUYS et HENNEBERT (Bruxelles) : La déstabilisation galvanique. (Projections cinématographiques.)

41. M. ROUX (Bruxelles) : Essai d'interprétation du fonctionnement des canaux semi-circulaires chez le pigeon. (Projections cinématographiques.)

42. M. HENNEBERT (Bruxelles) : Quatre cas de diverticules œsophagiens.

43. M. LABARRE (Bruxelles) : Diverticule de l'œsophage avec présentation de la radiographie.

44. M. TRÉTRÔP (Anvers) : Dentier retiré de l'œsophage par œsophagoscopie. Présentation de pièces.

45. M. VANDE CALSEYDE (Bruges) : Deux observations d'arêtes dans l'œsophage avec phlegmon intra-œsophagien. Guérison par œsophagoscopie.

CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie* ; sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : **LABORATOIRES DUMOUTHIER**
PARIS — 11, Rue de Bourgogne — PARIS



OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les Inflammations de la Peau :
ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

